



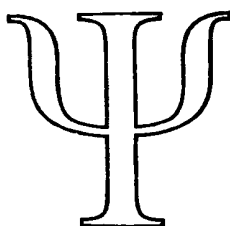
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LOS MOTIVOS DE DESERCIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN  
PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO COMUNITARIO  
DE APOYO PSICOLÓGICO**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A :  
**PATRICIA HERNANDO VNA  
QUEVEDO CUBILLOS KOULIKOVSKAIA**

DIRECTOR DE TESIS:  
**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

COMITE TUTORAL:  
**LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE  
LIC. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA  
LIC. ALICIA VELÁZQUEZ MEDINA  
LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**



MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por impulsarme, apoyarme en todo y facilitarme la vida.

A mi hermana y a mi novio por ser mis mejores amigos y hacerme tan feliz.

A la Dra. María Montero por ayudarme a encontrar mi camino.

A Héctor por inspirarme a hacer esta investigación.

A la Lic. María Asunción Valenzuela Cota y al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” por permitirme realizar esta investigación; a sus maestras y estudiantes y ayudarme con sus comentarios y críticas.

Al Dr. Sánchez Sosa, a Angélica y a su grupo de estudiantes por ayudarme a desarrollar y perfeccionar este trabajo.

A los pacientes del Centro por cooperar y por decirme por qué se van.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I. RESUMEN</b> .....	7
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
1. <i>La Deserción de la Psicoterapia</i> .....	8
* Contexto .....	8
* Implicaciones .....	9
<b>III. ANTECEDENTES TEÓRICOS</b> .....	11
1. <i>Definición de Deserción de la Psicoterapia</i> .....	11
Concepto	
* .....	11
* Tipos de Desertores .....	11
* Formas de Medir la Deserción .....	12
2. <i>Consecuencias de la Deserción de la Psicoterapia</i> .....	14
* Consecuencias para el Paciente .....	15
* Consecuencias para el Terapeuta .....	15
* Consecuencias para el Sector de Salud Mental .....	16
3. <i>Causas de la Deserción de la Psicoterapia - Estudios Retrospectivos</i> .....	17
a) Variables Asociadas al Paciente .....	17
* Variables Sociodemográficas .....	17
• Sexo .....	17
• Edad .....	18
• Nivel Educativo .....	18
• Nivel Socioeconómico .....	18
• Ocupación .....	19
• Clase Social .....	19
• Estado Civil .....	20
* Variables Clínicas .....	20
• Fuente de Referencia.....	21
• Personalidad .....	21
• Diagnóstico .....	22
• Gravedad e Impacto del Problema .....	22
• Experiencia Previa con Psicoterapia .....	23
• Expectativas .....	24

b) Variables Asociadas al Terapeuta .....	25
* Variables Sociodemográficas .....	25
• Sexo .....	26
• Otras Variables .....	26
* Variables Clínicas .....	26
• Experiencia .....	26
• Actitud hacia el Paciente .....	27
• Expectativas .....	27
• Ajuste del Tratamiento a las Necesidades del Paciente ....	28
4. <i>Algunos Motivos de Deserción de la Psicoterapia - Estudios de Seguimiento</i> .....	32
a) Sentir Mejoría .....	33
b) No Sentir Mejoría .....	33
c) Insatisfacción con el Trato del Terapeuta .....	34
d) Obstáculos Ambientales .....	34
e) Factores Institucionales .....	35
5. <i>Soluciones Propuestas a la Deserción de la Psicoterapia</i> .....	36
* Selección de Candidatos a Psicoterapia .....	36
* Preparación Previa al Tratamiento .....	36
* Duración del Tratamiento .....	37
* Deserciones Previas .....	39
* Otros Elementos Básicos del Tratamiento .....	39
* Aspectos Institucionales .....	39
6. <i>Diferencias entre Pacientes Adultos y Niños</i> .....	41
a) Causas de Deserción de la Psicoterapia Infantil .....	42
* Variables Sociodemográficas del Niño .....	42
* Variables Sociodemográficas de los Padres .....	42
* Variables Clínicas del Niño .....	42
* Variables Clínicas de los Padres .....	43
b) Motivos de Deserción de la Psicoterapia Infantil .....	43
c) Soluciones a la Deserción de la Psicoterapia Infantil .....	44
7. <i>Limitaciones Metodológicas de los Estudios sobre Deserción de la Psicoterapia</i> .....	45
* Criterios de Definición .....	45
* Criterios de Muestreo .....	46
8. <i>Factores Cruciales en la Deserción de la Psicoterapia</i> .....	47

<b>IV. PROPÓSITO DEL PRESENTE ESTUDIO</b> .....	48
<b>V. HIPÓTESIS</b> .....	50
* Análisis Estadísticos .....	51
<b>VI. MÉTODO</b> .....	52
1. Variables .....	52
2. Participantes .....	53
3. Instrumentos .....	54
4. Escenario .....	58
Procedimiento	
5. ....	59
<b>VII. RESULTADOS</b> .....	60
1. <i>Resultados Globales</i> .....	62
2. <i>Resultados de Desertores y Finalizadores</i> .....	66
a) Muestra combinada .....	66
b) Submuestras de edad .....	70
* Niños .....	70
* Adolescentes .....	73
* Adultos .....	77
3. <i>Resultados de Tipos de Desertores</i> .....	81
a) Muestra completa del seguimiento .....	81
b) Muestra combinada dividida por tipos de desertores .....	88
c) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores.....	98
* Niños .....	98
* Adolescentes .....	106
* Adultos .....	113
d) Muestra combinada dividida por tipos de desertores comparada con la muestra combinada de pacientes finalizadores .....	120
* Desertores inmediatos y finalizadores .....	120
* Desertores rápidos y finalizadores .....	120
* Desertores tardíos y finalizadores .....	120
e) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores comparada con las submuestras de edad de pacientes finalizadores.....	121
* Tipos de desertores y finalizadores niños .....	121
* Tipos de desertores y finalizadores adolescentes .....	121
* Tipos de desertores y finalizadores adultos .....	123

<b>VIII. DISCUSIÓN</b> .....	125
<i>a) Variables Sociodemográficas</i> .....	126
* Sexo .....	126
* Edad .....	127
* Nivel Educativo .....	128
* Ingreso .....	129
* Ocupación .....	130
* Clase Social .....	131
* Estado Civil .....	131
* Variables del Terapeuta .....	132
<i>b) Variables Clínicas</i> .....	133
* Número de Sesiones .....	133
* Fuente de Referencia .....	134
* Motivo de Consulta .....	135
* Tratamiento Previo .....	135
* Satisfacción con el Estilo de Vida .....	136
* Gravedad del Problema .....	137
* Impacto del Problema en Distintas Áreas .....	138
<i>c) Variables Clínicas del Seguimiento</i> .....	139
* Correspondencia del Motivo de Consulta Pre- y Post-Tratamiento .....	139
* Cambio en el Motivo de Consulta .....	140
* Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta .....	141
* Tratamiento Posterior .....	141
* Satisfacción con su Estilo de Vida Pre- y Post-Tratamiento .....	142
* Gravedad del Problema Pre- y Post-Tratamiento .....	143
* Motivos de Deserción .....	144
<i>d) Variables del Servicio del Centro Comunitario de Atención Psicológica</i> <i>“Los Volcanes”</i> .....	145
* Satisfacción con los Servicios .....	145
* Disposición de Regresar y de Recomendarlo a Otros .....	146
* Aspectos que Más y que Menos les Gustaron .....	146
* Recomendaciones para Mejorar el Servicio .....	147

<b>IX.</b>	<b>ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO</b> .....	148
	* Características del Paciente .....	148
	* Expectativas del Paciente .....	149
	* Habilidades y Trato del Terapeuta .....	151
	* Calidad y Eficacia del Tratamiento Psicoterapéutico .....	152
	* Aspectos Institucionales .....	152
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	153
<b>XI.</b>	<b>ALCANZES Y LIMITACIONES</b> .....	155
<b>XII.</b>	<b>SUGERENCIAS</b> .....	156
<b>XIII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	157
<b>XIV.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	162
	1. Cuestionario de Entrevista Inicial del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” .....	162
	2. Cuestionario de Motivos de Deserción del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” .....	167



## **I. RESUMEN**

La deserción de la psicoterapia conlleva problemas importantes para los pacientes, los psicoterapeutas y el sector de salud mental. En el presente estudio se analizaron y compararon variables de tipo sociodemográfico y clínico (fuente de referencia, gravedad e impacto del problema, satisfacción con el estilo de vida y tratamientos previos) de pacientes niños, adolescentes y adultos desertores (n =183) y finalizadores (n = 67) del Centro Comunitario de Atención Psicológica (C.C.A.P.) “Los Volcanes”. Además se realizó un seguimiento telefónico con 52 desertores para conocer sus motivos de deserción, su satisfacción con el servicio recibido y la eficacia o el efecto del tratamiento sobre su bienestar. Se obtuvo un índice de deserción de 73%; en promedio, los desertores asistieron a 3 sesiones y los finalizadores a 9. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes desertores, en comparación con los finalizadores, suelen tener un mayor nivel socioeconómico y educativo, una mayor satisfacción con la vida, un menor impacto del problema en el área sexual o familiar y un mayor impacto del problema en el área laboral. En general, los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” se consideran como satisfactorios y según la mayoría de los pacientes la gravedad de su problema disminuyó y la satisfacción con su vida incrementó después de haber recibido la atención psicológica. Los principales motivos de deserción son los obstáculos ambientales (64%), la insatisfacción con el trato del terapeuta (25%) y la falta de mejoría del problema (9%); sólo 3% de los pacientes desertaron porque su problema mejoró o se solucionó.

A partir de estos resultados se proponen varias estrategias de prevención de la deserción de la psicoterapia, las cuales se enfocan principalmente en mejorar las habilidades y el trato del terapeuta (manejar las expectativas del paciente desde la primera sesión, y evitar la impuntualidad y las ausencias sin previo aviso) e incrementar la eficacia del tratamiento (disminuir su duración, monitorear periódicamente los avances y ajustarlo a las necesidades específicas del paciente).

## II. INTRODUCCIÓN

### **1. La Deserción de la Psicoterapia**

Los problemas relacionados a la salud mental han ido aumentando progresivamente. Muestra de ello es la creciente demanda de los servicios de atención psicológica, la cual sobrepasa los recursos de la mayoría de las instituciones de salud mental (Baekeland y Lundwall, 1975); sin embargo, no todas las personas que requieren este servicio lo solicitan, o las que sí lo hacen concluyen su tratamiento completo (Robles, 2003). De hecho, un gran número de pacientes que solicitan servicios de psicoterapia la terminan después de un contacto mínimo con la institución. A este fenómeno se le conoce como deserción de la psicoterapia<sup>1</sup>, terminación prematura o abandono del tratamiento (Frayn, 1992) y representa uno de los mayores obstáculos para la prestación efectiva de los servicios de salud mental (Pekarik, 1985).

#### ***Contexto***

Aunque distintos estudios citan diferentes índices de deserción del tratamiento psicoterapéutico, en general, 20-60% de todos los pacientes desertan en algún momento u otro de la psicoterapia antes de que su terapeuta los haya dado de “alta”. De estos pacientes desertores, una gran parte abandona su tratamiento luego de sólo la primera sesión (20-60%), y la mayoría (hasta 75%) descontinúa el tratamiento entre la cuarta y la décima sesión (Baekeland y Lundwall, 1975; Frayn, 1992; Garfield, 1994; Pekarik y Wierzbicki, 1993; Robles, 2003; Thormählen, Weinryb, Norén, Vinnars, Bågedahl-Strindlund y Barber, 2003; Self, Oates, Pinnock-Hamilton y Leach, 2005). Especialmente la cuarta, quinta y sexta sesión son cruciales porque parece que generalmente durante éstas el paciente decide si continuar o no con su tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Biagini, Torruco y Carrasco, 2005; Saucedo, Cortés, Salinas y Berianga, 1997; Marini, Semenzin, Vignaga, Gardiolo, Drago, Caon, Benetazzo, Pavan, Piotto, Federico, Corinto y Pavan, 2005).

---

<sup>1</sup> En el presente trabajo se usan indistintamente los términos “psicoterapia”, “tratamiento psicoterapéutico o psicológico”, y “atención o intervención psicológica” para denominar al servicio psicológico que le ofrece un psicoterapeuta a uno o varios pacientes.

Estos índices de deserción del tratamiento se han encontrado en estudios tanto extranjeros (Garfield, 1994; Pekarik y Wierzbicki, 1993) como mexicanos (Cedillo, 2005; Robles, 2003; Torres y Lara, 2002; Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara y Senties, 2000), y son similares tanto en psicoterapia individual como grupal (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005; Torres y Lara, 2002;), tanto en pacientes adultos como en niños (Wierzbicki y Pekarik, 1993), en diferentes escenarios clínicos (públicos o privados) y en distintos enfoques teóricos (Baekeland y Lundwall, 1975; Biagini, Torruco y Carrasco, 2005; Frayn, 1992; Garfield, 1994).

Incluso en programas psicoterapéuticos especiales, como los enfocados al cáncer, a las adicciones o al control del peso corporal, se han identificado proporciones semejantes de deserción del tratamiento (Cedillo, 2005; Cruz, 2000; Fowler, Follick, Abrams, y Rickard-Figueroa, 1985; Robles, 2003; Sánchez, Torres, Camprubí, Vidal y Salamero, 2005), aunque también se ha encontrado que en instituciones especializadas en trastornos específicos (por ejemplo, trastornos de ansiedad) llega a presentarse un porcentaje menor (17%) al encontrado comúnmente (Hunt y Andrews, 1992).

Por ende, es evidente que alrededor de la mitad de todos los pacientes de psicoterapia deciden abandonar su tratamiento, principalmente dentro de las primeras diez sesiones, por alguna razón y esta enorme proporción de deserción representa uno de los mayores problemas para el sector de salud mental. Aún así, lamentablemente en muchas de las instituciones y clínicas de salud mental este problema se pasa por alto y se hace poco o nada para registrarlo, analizarlo, manejarlo, prevenirlo o disminuirlo (Pekarik, 1985).

### ***Implicaciones***

Las consecuencias que acarrea la deserción del tratamiento abarcan desde costos económicos, profesionales y emocionales para los psicoterapeutas<sup>2</sup>, costos clínicos para el paciente, dado que no llega a obtener el máximo beneficio del tratamiento, hasta costos a nivel institucional, ya que afecta a la planeación, administración y prestación de los

---

<sup>2</sup> En el presente trabajo se utilizarán indistintamente los términos “psicoterapeuta” y “terapeuta” para referirse al profesional de salud mental que provee atención psicológica a uno o más pacientes.

servicios de atención psicológica (Robles, 2003; Saucedo et al., 1997; Velázquez et al., 2000).

En resumen, la deserción de la psicoterapia es un fenómeno muy frecuente y común (20 a 60% de todos los pacientes se convierten en desertores) que tiene implicaciones muy serias para el paciente, el terapeuta y el sector de salud mental debido a que obstaculiza la prestación efectiva de la atención psicológica. Por ello, numerosas investigaciones se han dedicado a estudiar este fenómeno con el afán de poder explicar, predecir y prevenir la deserción del tratamiento. Estos estudios se exponen a continuación.

### III. ANTECEDENTES TEÓRICOS

#### 1. Definición de Deserción de la Psicoterapia

##### *Concepto*

Garfield (1994) define al paciente desertor como una persona que habiéndosele aceptado para recibir un tratamiento psicoterapéutico, ha asistido al menos una sesión y ha descontinuado su tratamiento por iniciativa propia (decisión *unilateral*), por lo que deja de asistir a todas las sesiones futuras programadas. La terminación de la psicoterapia no fue producto de un acuerdo mutuo entre paciente y psicoterapeuta (decisión *bilateral*), y según el terapeuta el tratamiento se encuentra en fase inicial, en proceso o incompleta.

Además, la deserción del tratamiento implica que el paciente se rehúsa a regresar y a continuar con su tratamiento aún cuando se le anima a hacerlo (Baekeland y Lundwall, 1975).

##### *Tipos de Desertores*

Dado que se asume que las variables implicadas en la deserción de la psicoterapia varían en función del momento exacto durante el cual los pacientes abandonan su tratamiento se han identificado diferentes tipos de desertores (Baekeland y Lundwall, 1975; Cruz, 2000; Sales, 2003). Así, Sales (2003) denomina a las personas que solicitan el servicio psicológico y que no acuden ni a la primera sesión como desertores previos, mientras que Baekeland y Lundwall (1975) establecen los siguientes tipos de desertores:

- Desertores inmediatos → Acude sólo a la primera sesión.
- Desertores rápidos → Deserta entre la segunda y la quinta sesión (dentro del primer mes).
- Desertores tardíos → Deserta a partir de la sexta sesión (entre dos y seis meses).

Se considera que los desertores inmediatos manifiestan un rechazo al terapeuta o al tratamiento per se (Garfield, 1994) y que muchas veces no tienen bien definido cuál es su problema y qué esperan obtener del tratamiento (Lazaratou, Anagnostopoulos,

Vlassopoulos, Tzavara y Zelios, 2006). Asimismo, los desertores inmediatos y rápidos suelen manifestar insuficiente motivación (Frayn, 1992), proceder de un nivel socioeconómico bajo (Self et al., 2005) y presentar una sintomatología sin mejoría o incluso agravada luego de abandonar su tratamiento (Nichols y Pekarik, 1992). En contraste, los desertores tardíos se conciben como pacientes que en esencia terminaron su tratamiento, ya que de todas formas su terapeuta pronto los hubiera dado de “alta” (Self et al., 2005) y se ha visto que generalmente desertan debido a aspectos ambientales o insatisfacción con el terapeuta y/o el tratamiento (Frayn, 1992).

### ***Formas de Medir la Deserción***

En la literatura especializada acerca de la deserción del tratamiento psicoterapéutico suelen utilizarse una o varias de las siguientes medidas para distinguir a los pacientes desertores de los pacientes finalizadores<sup>1</sup>:

- Un periodo determinado (por ejemplo, dos meses).
- Un número fijo de sesiones (por ejemplo, 10 sesiones).
- Inasistencia del paciente a la última sesión programada sin previo aviso.
- El juicio del terapeuta.

(Beck, 1987; Wierzbicki y Pekarik, 1993; Pekarik, 1992)

Cada una de estas medidas tiene sus ventajas y desventajas: la medida de un lapso de tiempo o número de sesiones fijo se considera la menos adecuada ya que separa arbitrariamente a los pacientes en desertores y finalizadores sólo con base en la dimensión temporal sin tomar en cuenta aspectos cualitativos o si los supuestos pacientes finalizadores desertan más adelante de su tratamiento. La medida que implica la inasistencia del paciente a la última sesión programada tiene mayor validez porque no depende de la duración del tratamiento, aunque también ocasiona que pacientes que le avisan a su terapeuta sobre su intención de discontinuar su tratamiento se cataloguen

---

<sup>1</sup> En el presente trabajo se utilizará el término “finalizadores” para referirse a aquellos pacientes que completaron su tratamiento psicoterapéutico, por lo que son la contraparte de los desertores.

como finalizadores, mientras que los que no avisan automáticamente se conciben como desertores, sin importar si hubo mejoría o en qué punto se encontraba el tratamiento. Finalmente, en el último tipo de medida el terapeuta decide si un paciente determinado es finalizador o desertor, lo cual tiene la desventaja de basarse únicamente en la opinión del terapeuta, la cual puede estar sesgada (Nichols y Pekarik, 1992). Así, dependiendo de la medida empleada, se puede llegar a catalogar al mismo paciente (beneficiado o no) en un estudio como desertor y en otro como finalizador, lo cual representa una limitación metodológica importante ya que imposibilita la comparación de estos estudios y la generalización de sus resultados. Más adelante se analizará este aspecto con mayor profundidad, pero por ahora se revisarán con más detalle las numerosas consecuencias de la deserción de la psicoterapia.

En conclusión, un paciente desertor es aquél que abandona su tratamiento por propia iniciativa a pesar de las indicaciones de su terapeuta. Existen distintos tipos de desertores (en función del momento exacto de su deserción) y este fenómeno se puede medir de diferentes formas, aunque debe de tomarse en cuenta que algunas producen importantes limitaciones metodológicas.

## **2. Consecuencias de la Deserción de la Psicoterapia**

En muchas de las instituciones gubernamentales de salud mental la prestación del servicio psicológico suele darse de la siguiente forma: cuando una persona acude para solicitar este servicio es recibida por una persona recepcionista la cual le proporciona información, le toma sus datos generales y en el futuro se encargará de contactarla vía telefónica para recordarle o reprogramar sus sesiones; esta misma recepcionista o una secretaria le abre un expediente a este nuevo caso y se lo proporciona al terapeuta encargado, el cual recibe y atiende al paciente, elabora su historia clínica y lleva a cabo la evaluación clínica durante varias sesiones. A medida que el terapeuta recolecta más información sobre el paciente, integra y examina el caso periódicamente, lleva a cabo revisiones bibliográficas, establece los aspectos a tratar y los objetivos del tratamiento correspondiente y tiene sesiones de supervisión profesional para asegurar la eficacia del tratamiento. Una vez iniciado el tratamiento, el terapeuta monitorea el proceso terapéutico para llevar a cabo los ajustes necesarios y continuamente prepara las actividades de las siguientes sesiones (adaptado de Puente-Silva, 1985).

Cualquiera que haya sido el momento exacto en el cual un paciente deja de asistir a su tratamiento, resulta notorio que todos los gastos y esfuerzos anteriores a ese instante fueron inútiles ya que el paciente probablemente no logró solucionar sus problemas por interrumpir prematuramente su tratamiento, el terapeuta desperdió esfuerzos y horas laborales en preparar y llevar a cabo un tratamiento que no se finalizó y la institución de salud mental invirtió recursos económicos innecesarios (salarios de la recepcionista y/o la secretaria y el terapeuta) en un paciente que no aprovechó la totalidad del servicio. Por si esto fuera poco, es probable que en una buena porción de los pacientes este proceso se vuelva a repetir más adelante. Aunque en la práctica privada llega a haber menos personas implicadas en este proceso, resulta notorio que las secuelas de la deserción del tratamiento psicológico afectan a todos los participantes involucrados en él, es decir, al paciente, al terapeuta, y al sector público de salud mental como organismo, ya que impide la prestación óptima del servicio psicológico.



### ***Consecuencias para el Paciente***

Como se verá más adelante, una buena porción de los pacientes desertan por sentirse mejor (Garfield, 1994; Pekarik, 1985). Sin embargo, lo cierto es que al interrumpir y no finalizar su tratamiento los desertores no logran obtener el máximo beneficio terapéutico de la psicoterapia (Saucedo et al., 1997). Así, si el paciente no asiste de forma constante a su tratamiento completo, con frecuencia la meta final del tratamiento, es decir la recuperación de la funcionalidad y/o la mejoría de la problemática, no se alcanza de forma completa e incluso incrementa la probabilidad de sufrir recaídas o complicaciones cada vez más incapacitantes en el futuro debido a la exacerbación del problema (Robles, 2003; Velázquez et al., 2000). Además, hay que recordar que gran parte de la deserción del tratamiento ocurre en las fases iniciales del mismo, en las cuales generalmente aún no hay un beneficio significativo para el paciente (Hunt y Andrews, 1992).

### ***Consecuencias para el Terapeuta***

En cuanto a los terapeutas, la deserción del tratamiento implica el desperdicio de sus actividades profesionales y la pérdida de recursos económicos por haber invertido tiempo y esfuerzo en tratamiento incompletos (Robles, 2003; Velázquez, 2000). Además, muchos terapeutas sufren de un costo emocional al sentir que han fallado o que han sido rechazados por estos pacientes desertores, debido al supuesto común de que los desertores equivalen a un tratamiento fracasado e ineficaz y que por lo tanto estos pacientes muestran sólo poca o ninguna mejoría dado que no aprovecharon la totalidad de la intervención (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Fernandez y Eyberg, 2005), lo cual a la larga puede generar insatisfacción laboral y un declive en su productividad (Pekarik, 1985). Y es que para muchos profesionales de la salud mental resulta sorprendente que un paciente pueda mejorar luego de sólo una, dos o tres sesiones ya que se tiende a subestimar el poder e impacto del alivio inicial de los síntomas y/o problemas sobre la vida del paciente (Klein, Stone, Hicks y Pritchard , 2003). Sin embargo, para muchos pacientes esto parece ser cierto, es decir, durante su corta estancia en el tratamiento perciben haber obtenido una mejoría significativa de sus problemas y recibido suficiente ayuda para ya no requerir más del servicio psicológico (Garfield,

1994). Así, las diferencias entre el beneficio de un tratamiento completo y uno incompleto en ocasiones pueden llegar a ser menos significativas de lo suele creerse comúnmente (Frayn, 1992), pero lamentablemente pocas veces se realizan seguimientos de los pacientes desertores para indagar sobre la eficacia del tratamiento sobre su bienestar, por lo que este supuesto continúa y seguirá vigente entre muchos terapeutas (Acosta, 1980).

Por último, el alto índice de deserción inclusive puede deteriorar la credibilidad y el prestigio de la psicología como profesión y de los psicólogos como profesionales especializados en mejorar el bienestar de los pacientes (Pekarik, 1985).

### ***Consecuencias para el Sector de Salud Mental***

Finalmente, el sector de salud mental se ve gravemente afectado por el malgasto de sus limitados recursos económicos y profesionales en un servicio de atención psicológica que no cumple con su cometido (Robles, 2003; Saucedo et al., 1997; Velázquez et al., 2000). Además, el alto índice de deserción puede deteriorar la credibilidad y el prestigio de la institución y ocasionar que no se aprovechen los servicios ofrecidos (Pekarik, 1985), o, por el contrario, contribuir al aumento excesivo del tiempo de consulta (Saucedo et al., 1997), ya que la mayoría de los desertores vuelve a solicitar ayuda de mediano a largo plazo debido a que su problema no ha mejorado<sup>2</sup>. Asimismo, la planeación, administración y prestación de los servicios de atención psicológica a nivel institucional se ven limitados por el alto índice de deserción (Saucedo et al., 1997).

En conclusión, las consecuencias de la deserción del tratamiento psicológico abarcan desde el bienestar psicológico tanto de pacientes como terapeutas hasta enormes pérdidas económicas y de fuerza laboral para el sector de salud mental.

---

<sup>2</sup> De hecho una historia previa de deserción predice a su vez la deserción futura (Baekeland y Lundwall, 1975; Sales, 2003).

### **3. Causas de la Deserción de la Psicoterapia - Estudios Retrospectivos**

En vista de los numerosos problemas que ocasiona la deserción de la psicoterapia, centenares de estudios se han esforzado por identificar las causas de este fenómeno para poder desarrollar estrategias de prevención o disminución (Baekeland y Lundwall, 1975; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Se han examinado una variedad de factores de forma retrospectiva, incluyendo las características del paciente y del terapeuta, de la interacción terapeuta-paciente, del tratamiento y del contexto institucional, y en términos generales se ha encontrado que las variables que juegan un papel decisivo en la deserción de la psicoterapia suelen ser las relacionadas al paciente, al terapeuta y a la compleja interacción entre ambos (Baekeland y Lundwall, 1975; Frayn, 1992; Pekarik, 1985).

#### ***a) Variables Asociadas al Paciente***

Dentro de estas variables se puede distinguir entre las variables sociodemográficas y las clínicas.

#### **Variables Sociodemográficas**

Debido a su accesibilidad estas variables han sido las más registradas y estudiadas, y, aunque existen estudios que no encuentran una relación significativa (Frayn, 1992; Garfield, 1994; Robles, 2003), muchas otras investigaciones, las cuales se exponen a continuación, han identificado cierta asociación con el abandono prematuro del tratamiento.

#### ***Sexo***

Aunque generalmente se ha visto que el sexo no se relaciona con la permanencia en el tratamiento psicoterapéutico debido a que no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la deserción de la psicoterapia (Frayn, 1992; Garfield, 1994), algunos estudios han encontrado una mayor proporción de

desertores del sexo femenino (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

### ***Edad***

De forma similar que la variable anterior, la edad no se relaciona de forma clara a la deserción del tratamiento (Frayn, 1992; Garfield, 1994), aunque numerosos estudios han identificado que los pacientes desertores suelen ser más jóvenes que los pacientes finalizadores (Baekeland y Lundwall, 1975; Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Cedillo, 2005; Marini et al., 2005; Thormählen et al., 2003).

### ***Nivel Educativo***

En cuanto al nivel educativo existen resultados mixtos, pero parece existir una relación inversa entre la deserción y el bajo nivel educativo pues con frecuencia se ha observado que existe una mayor proporción de abandono de la psicoterapia en pacientes de nivel educativo bajo (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Garfield, 1994; Marini et al., 2005; Sánchez et al., 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Esto parece deberse a que el bajo nivel de estudios suele contribuir de forma importante a la posible formación de expectativas irrealistas e inapropiadas acerca de la duración, del proceso y de los resultados del tratamiento, las cuales al no ser cumplidas pueden llegar a provocar reacciones de irritación y frustración en el paciente y culminar en su deserción de la psicoterapia. Los pacientes provenientes de mayores niveles educativos, en contraste, al parecer llegan a tener expectativas más sofisticadas que les permiten sobrellevar de mejor forma la posible discrepancia entre estas mismas y las características de su tratamiento (Richmond, 1992), por lo cual están menos propensos a desertar.

### ***Nivel Socioeconómico***

A pesar de que se han reportado diferentes resultados en cuanto al nivel socioeconómico y su relación con la deserción de la psicoterapia, se ha encontrado que los porcentajes de deserción que se registran comúnmente tienden a elevarse considerablemente cuando la población tratada proviene de un nivel socioeconómico bajo (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Torres y Lara, 2002). Esta variable parece

intervenir sobre todo en los pacientes desertores que terminan su tratamiento dentro del primer mes, pues se ha visto que mientras más bajo es su nivel socioeconómico tienen una mayor probabilidad de desertar en una etapa temprana de su tratamiento (Self et al., 2005). Es muy probable que para esta población de bajos recursos el costo de una sesión de psicoterapia (aún cuando es mínimo) puede llegar a ser una carga importante en su economía cotidiana, por lo que económicamente pueden estar más propensos a desertar del tratamiento por darle prioridad a otras necesidades más urgentes (como alimento, renta, atención médica, etc.). Sin embargo, tampoco se puede asumir que la incapacidad de pagar el tratamiento es la única y principal razón por la cual los pacientes de bajos recursos terminan prematuramente su psicoterapia, ya que incluso cuando la atención psicológica es completamente gratuita se registran los mismos altos índices de deserción que se observan comúnmente (Lazaratou et al., 2006).

Además esta variable también influye en las expectativas del paciente, ya que los pacientes de pocos recursos económicos suelen percibir a la psicoterapia como menos creíble y efectiva (probablemente debido a que con frecuencia tienen un bajo nivel educativo), y por ello tienen una mayor probabilidad de desertar de la misma (Nock y Kazdin, 2001).

### ***Ocupación***

En general esta variable suele estar ligada a la deserción, pues se ha visto que los pacientes que presentan inestabilidad ocupacional (es decir, desempleo, deserción escolar, etc.) están más proclives a desertar del tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005) debido a que probablemente tienden a ser inestables en la mayoría de sus actividades. Sin embargo un estudio también encontró lo contrario, ya que los estudiantes y las amas de casa tenían mayor probabilidad de desertar mientras que los desempleados solían finalizar más su tratamiento (Marini et al., 2005).

### ***Clase Social***

Quizá el hallazgo más consistente en la literatura destinada a la deserción del tratamiento es su modesta relación inversa con la clase social. La clase social es una medida compuesta de factores como nivel educativo, nivel socioeconómico y ocupación,

por lo que es de esperarse que si cada una de estas variables se asocia a la deserción, la combinación e interacción de todas ellas también influirá en el abandono del tratamiento. Así, como ya se expuso anteriormente, los pacientes que se caracterizan por un menor nivel educativo, menor ingreso económico y menor estabilidad ocupacional (desempleo, deserción escolar, etc.) están más proclives a desertar del tratamiento psicoterapéutico (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994, Wierzbicki y Pekarik, 1993). Según Garfield (1994), esta relación puede estar mediada por la semejanza o discrepancia entre las expectativas de pacientes y terapeutas acerca del tratamiento, la cual influye directamente en la calidad de su relación terapéutica y en la continuación de la terapia.

### ***Estado Civil***

Se ha visto que los pacientes solteros, separados o divorciados suelen desertar con más frecuencia del tratamiento psicoterapéutico, lo cual se atribuye al supuesto de que el estado civil puede denotar las relaciones funcionales y redes de apoyo con las que cuenta un paciente, y su capacidad de formar un vínculo estable con el terapeuta (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993), aunque nuevamente hay estudios que han encontrado resultados opuestos (Marini et al., 2005; Sánchez et al., 2005).

### **Variables Clínicas**

Las variables clínicas del paciente se refieren a aquellas que surgen de su personalidad y su experiencia pasada, y que pueden influir de forma particular en su predisposición ante el tratamiento psicoterapéutico. Entre otras, se han analizado variables como la motivación, la habilidad verbal, la inteligencia, la habilidad de introspección o insight, la actitud general hacia la psicoterapia, etc. en relación a la deserción del tratamiento psicoterapéutico. Este tipo de variables suelen ser más complejas que las variables sociodemográficas ya que se han definido y medido de distintas formas en las diversas investigaciones y en consecuencia se han encontrado numerosos resultados contradictorios que dificultan determinar de forma fidedigna su efecto sobre la deserción de la psicoterapia (Garfield, 1994).

### ***Fuente de Referencia***

Una variable psicológica que sin duda es fundamental para la permanencia en el tratamiento es la motivación del paciente, la cual generalmente se infiere a partir de dónde y/o de quién proviene la decisión de que el paciente acuda a tratamiento psicológico, lo cual se conoce como fuente de referencia. Se ha identificado que los pacientes que son referidos a tratamiento por instituciones (escuela o trabajo) o terceras personas (padres, familiares, pareja, etc.) suelen desertar con mayor frecuencia desde las etapas tempranas del tratamiento, probablemente porque no acuden por iniciativa propia y por ende tienen poca motivación por permanecer en el tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Drisko, 2004; Pekarik y Stephenson, 1988; Richmond, 1992). Los pacientes autoreferidos, en cambio, tienen una mayor motivación por permanecer en su tratamiento, y aún si desertan con frecuencia buscan atenderse nuevamente más adelante (Acosta, 1980). Además, los pacientes referidos por terceros pueden ni siquiera tener la conciencia de tener un problema o el deseo de modificarlo debido a que asisten a tratamiento principalmente por la presión o la decisión de otras personas que suelen tener cierta autoridad sobre este paciente (por ejemplo, los padres de pacientes niños o adolescentes, o la pareja de un paciente adulto).

### ***Personalidad***

Se han explorado varios rasgos de personalidad en relación a la permanencia en la psicoterapia. Variables como el ajuste social, la autoestima, la asertividad y los estados de ansiedad o depresión no parecen estar ligados significativamente a la terminación prematura del tratamiento (Cedillo, 2005; Torres y Lara, 2002).

También se han examinado las estrategias de afrontamiento en pacientes desertores y finalizadores, y, aunque no se encontraron diferencias significativas, parece que en los desertores predomina un afrontamiento pasivo (énfasis en las emociones y no en hacer algo para solucionar el problema), mientras que los finalizadores suelen tener un afrontamiento promedio o más activo (estrategias dirigidas tanto a la emoción como al problema). Por ello, los pacientes que suelen recurrir a fantasías de soluciones mágicas y a evadir el enfrentarse a la situación problemática tienen una mayor probabilidad de

desertar del tratamiento, mientras que los pacientes que realizan acciones para resolver sus problemas llegan a finalizar su tratamiento con mayor frecuencia (Cedillo, 2005).

### ***Diagnóstico***

Los diagnósticos clínicos y psiquiátricos específicos generalmente no están relacionados a la continuación del tratamiento (Frayn, 1992; Garfield, 1994). No obstante, dos estudios indican que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (“borderline”) muestran un índice de deserción significativamente mayor a los pacientes sin este desorden, principalmente porque este desorden implica características que representan barreras para permanecer en el tratamiento (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005; Marini et al., 2005).

### ***Gravedad e Impacto del Problema***

A pesar de que el diagnóstico psiquiátrico o clínico tiene poca relación con la deserción del tratamiento, factores como la gravedad del problema y su impacto en la funcionalidad del paciente parecen jugar un papel crucial en su permanencia en la psicoterapia (Drisko, 2004). Sin embargo, aún no queda claro de qué forma se relaciona la gravedad y/o el impacto del problema con la deserción, pues mientras algunos estudios indican que los pacientes con problemas más exacerbados suelen obtener un mayor alivio del tratamiento, otros han encontrado que los pacientes menos afectados tienen una mayor probabilidad de mejoría (Garfield, 1994). No obstante, varios estudios han identificado que los desertores suelen tener un menor impacto del problema en su funcionalidad (Richmond, 1992; Thormählen et al., 2003) quizás porque pueden contar con más recursos para tolerar o sobrellevar sus problemas en su vida cotidiana<sup>3</sup>, lo cual los haría menos necesitados del tratamiento y por ende menos motivados por permanecer en él. Sin embargo, también hay estudios que indican que los pacientes desertores tienden a presentar problemas de gran impacto en su funcionalidad por lo que llegan a tener expectativas muy altas acerca de los resultados y la efectividad del tratamiento, pues mientras mayor es su sufrimiento y su necesidad de aliviarlo, mayor será la expectativa

---

<sup>3</sup> Además, hay que considerar que un número considerable de personas mejoran sin ninguna intervención psicoterapéutica, es decir por el simple paso del tiempo (Baekeland y Lundwall, 1975).



de que este alivio ocurra rápidamente y de forma tangible. Este tipo de expectativas incrementan de forma considerable de riesgo de deserción al no ser satisfechas (Garfield, 1994). Además, los pacientes que presentan problemas de gran impacto sobre sus vidas suelen desertar del tratamiento en cuanto obtienen algún beneficio del mismo, el cual en muchos casos es sólo la reducción y/o resolución parcial o inicial de su sintomatología y de sus problemas. Aunque estos pacientes desertan en un momento que no es óptimo según sus terapeutas, probablemente llegan a obtener un beneficio considerable del tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Longo, Lent y Brown, 1992), aunque esto no necesariamente implica que esta mejoría persista a largo plazo. Otra explicación plausible es que los pacientes con sintomatologías prolongadas suelen adaptarse o habituarse a su condición y subestimar su necesidad de ayuda profesional, por lo que presentan porcentajes de deserción más elevados que pacientes con problemas de menor impacto y duración (Sales, 2003).

### ***Experiencia Previa con Psicoterapia***

Podría pensarse que los pacientes que han recibido tratamientos anteriormente para resolver sus problemas tienen una mayor probabilidad de permanecer en su tratamiento actual debido a que son personas motivadas que están concientes de necesitar ayuda y deseosas de recibirla y que suelen ya estar familiarizadas con los aspectos básicos de la psicoterapia (Baekeland y Lundwall, 1975). Sin embargo no hay estudios que apoyen esto, pues en general los pacientes desertores suelen tener mayor experiencia previa con la psicoterapia que los pacientes finalizadores (Cedillo, 2005; Sales, 2003). Esto se puede deber a que el tipo de experiencia (satisfactoria o insatisfactoria) que conlleva el tratamiento previo influye en la formación de expectativas respecto a los resultados de cualquier tratamiento futuro, y, como ya se expuso anteriormente, cualquier demora o inexactitud en los resultados esperados puede llevar a una posible deserción del tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Fowler, et al. 1985).

Además, resulta crucial saber si el paciente finalizó su tratamiento previo o desertó, pues la conducta pasada en situaciones similares es un buen predictor de la conducta futura y por ello el haber desertado previamente de una psicoterapia incrementa considerablemente el riesgo de deserción de posibles tratamientos futuros (Baekeland y

Lundwall, 1975; Beck, Lamberti, Gamache, Lake, Fraps, McReynolds, Reaven, Heisler y Dunn, 1987). Aunado a esto, se sabe que muchos pacientes desertores suelen reingresar a tratamiento en el futuro, por lo que el costo y las consecuencias que conlleva la deserción de la psicoterapia aumenta en función del número total de tratamientos de los cuales un paciente ha desertado (Acosta, 1980; Baekeland y Lundwall, 1975). Esto sugiere que la experiencia previa con tratamientos psicoterapéuticos influye en la participación en tratamientos futuros, y aunque en ocasiones puede crear un mayor compromiso hacia el nuevo tratamiento (Gonzalez, Tinsley y Kreuder, 2002) con frecuencia aumenta el riesgo de deserción.

### ***Expectativas***

Las expectativas acerca de la psicoterapia se refieren a las creencias previas que tienen los pacientes respecto a las características básicas del tratamiento psicoterapéutico y que pueden o no ser compatibles con la realidad. Se han distinguido dos distintos tipos de expectativas acerca del tratamiento:

1. Respecto a la *estructura* del tratamiento → incluye la duración del tratamiento, el nivel de participación y el papel del paciente y el terapeuta, etc.
2. Respecto a la *eficacia* del tratamiento → se refiere a los resultados y beneficios esperados por el paciente.

(Garfield, 1994; Nock y Kazdin, 2001)

Aunque existen hallazgos contradictorios respecto a si las expectativas acerca del tratamiento predicen la deserción o no (Longo, Lent y Brown, 1992), parece que sí pueden propiciar de forma importante la deserción cuando resultan incongruentes con lo que ocurre en la realidad (Garfield, 1994). Así, un estudio determinó que los pacientes con expectativas muy altas o muy bajas asisten al mayor número de sesiones y que tienen una menor probabilidad de desertar de su tratamiento. Los autores correspondientes explican este efecto argumentando que los pacientes con expectativas muy altas atribuyen cualquier cambio terapéutico a la eficacia de la terapia dado que esto coincide con sus

creencias, mientras que los pacientes con expectativas muy bajas en realidad no esperan obtener ningún resultado positivo, por lo que al experimentar algún cambio aumenta su satisfacción y sus expectativas hacia el tratamiento, y su deseo de continuar asistiendo al mismo (Nock y Kazdin, 2001).

Más adelante se expondrá cómo las expectativas del paciente interactúan con las del terapeuta, lo cual llega a explicar aún mejor la deserción de la psicoterapia (Garfield, 1994; Pekarik, 1985).

Aunque hay autores que le atribuyen las causas de la deserción del tratamiento exclusivamente al paciente y sus características (Frayn, 1992; Saucedo et al., 1997), otros enfatizan que, dado que la psicoterapia ocurre en el contexto de una interacción entre dos participantes, rara vez se puede predecir este fenómeno solamente a partir de sólo uno de ellos (Garfield, 1994).

Ahora veremos cómo contribuyen las características del otro participante, el terapeuta, a la deserción del tratamiento psicoterapéutico.

### ***b) Variables asociadas al terapeuta***

En comparación con las características del paciente, las asociadas al terapeuta se han estudiado de forma más escasa en relación a la deserción del tratamiento. Pese a ello, algunas variables del terapeuta pueden jugar un papel fundamental en los altos índices de deserción, sobre todo cuando se trata de pacientes de bajo nivel educativo e ingreso económico (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994).

Nuevamente, las variables examinadas se dividirán en sociodemográficas y clínicas.

#### Variables Sociodemográficas

Con respecto a las variables sociodemográficas del terapeuta existe muy poca información, ya que en general sólo se les ha analizado en función de cómo interactúan

con las variables del paciente y contribuyen a la calidad de la relación terapéutica (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994).

### ***Sexo***

Se ha visto que los terapeutas del sexo masculino suelen tener tasas de deserción más altas que los del sexo femenino (Baekeland y Lundwall, 1975).

### ***Otras Variables***

VARIABLES como la edad y el nivel educativo no se han examinado, ya que generalmente son variables que se perciben como parte de la experiencia del terapeuta, la cual se analizará más adelante. El nivel socioeconómico o el estado civil del terapeuta no se han examinado en relación a la deserción de la psicoterapia.

## Variables Clínicas

Las variables clínicas del terapeuta son aquellos aspectos de la personalidad y la experiencia pasada que salen a flote durante las sesiones de psicoterapia y que determinan si el paciente se siente o no escuchado, comprendido, apoyado, ayudado, etc. o no. Por ello este tipo de variables, más que las sociodemográficas, pueden contribuir de forma importante a la deserción de la psicoterapia (Garfield, 1994).

### ***Experiencia***

A pesar de que algunos estudios han demostrado lo contrario, en general la experiencia y las habilidades del terapeuta (y la percepción del paciente acerca de los mismos) parecen estar relacionados a la permanencia en el tratamiento, ya que los pacientes de psicoterapia suelen desertar más con terapeutas inexpertos (quizás por prejuicios o como forma de rechazar un tratamiento percibido como de baja calidad), que con terapeutas de mayor experiencia profesional (Baekeland y Lundwall, 1975; Goldenberg, 2002; Frayn, 1992; Garfield, 1994; Pekarik y Stephenson, 1988). Cabe mencionar que los terapeutas con poca experiencia profesional suelen ser más jóvenes,

por lo que es posible que si se examinara la variable de edad se observarían resultados similares como los que se han encontrado en función de la experiencia del terapeuta.

### ***Actitud hacia el Paciente***

Sin duda, una de las variables del terapeuta más significativas para la continuación del tratamiento psicoterapéutico es su actitud hacia el paciente, ya que su empatía y calidez son los elementos fundamentales para poder formar y mantener una buena relación terapéutica y a través de ella poder lograr cambios clínicos. Prueba de ello son los terapeutas que debido a su falta de habilidades, incapacidad de empatía e intervenciones incompetentes (por ejemplo, ser impacientes, demasiado directivos, etc.) logran ahuyentar hasta a los pacientes más motivados (Fernandez y Eyberg, 2005; Frayn, 1992). Sobre todo aquellos que exhiben una actitud abiertamente negativa hacia el paciente (como desagrado, molestia, indiferencia o aburrición) tienen una mayor probabilidad de perderlos prematuramente (Baekeland y Lundwall, 1975), aunque también la falta de profesionalidad, como la impuntualidad o las ausencias imprevistas, llega enfadar a la mayoría de los pacientes.

### ***Expectativas***

Los terapeutas, al igual que los pacientes, tienen expectativas específicas acerca de la estructura y los resultados del tratamiento (Nock y Kazdin, 2001). El riesgo de deserción comienza cuando las expectativas del terapeuta no coinciden con las del paciente y esto no se toma en cuenta y no se trata de llegar a un acuerdo común, ya que el paciente puede optar por desertar al ver que sus expectativas no se cumplen (Baekeland y Lundwall, 1975). De hecho, muchos pacientes tienen expectativas que se contraponen a las expectativas y a la forma tradicional de trabajar de muchos terapeutas (y enfoques teóricos), pues esperan ser atendidos en muy pocas sesiones por un terapeuta con una participación activa y/o directiva, recibir intervenciones directas, rápidas y eficaces desde la primera sesión y encontrar un alivio rápido a sus problemas actuales más que modificar patrones conductuales o rasgos de personalidad arraigados. Muchos terapeutas, en cambio, suelen preferir y planear un tratamiento de una duración más extensa, y aún cuando manejan una terapia breve (10 a 20 sesiones) o una terapia de corta duración (20 a

40 sesiones), suelen dedicar las primeras sesiones principalmente a la evaluación del paciente, en lugar de decirle “qué hacer” (Garfield, 1994; Pekarik, 1985). Por ello, el cómo se conduce la primera sesión parece ser crucial, ya que luego de ésta el paciente decide si permanecer en el tratamiento o desertar y por ello se ha enfatizado la importancia de que el paciente obtenga un beneficio directo del tratamiento casi de inmediato (Baekeland y Lundwall, 1975; Richmond, 1992).

Lo que también puede suceder es que haya expectativas discrepantes entre paciente y terapeuta acerca de cuándo el tratamiento cumplió su objetivo y se puede finalizar. Sobre todo suele darse el caso en el que los pacientes sienten que ya mejoraron lo suficiente como para concluir su tratamiento mientras que sus terapeutas consideran que necesitan de un proceso más largo para alcanzar un mayor beneficio, y a menos de que se le logre convencer de lo contrario, el paciente probablemente preferirá desertar que complacer a su terapeuta. En ese caso, el terapeuta puede catalogar a estos pacientes como desertores, mientras que ellos mismos pueden percibirse más como finalizadores dado que su tratamiento cumplió con sus expectativas (Frayn, 1992; Nichols y Pekarik, 1992). Aunque resulta importante familiarizar al paciente con los aspectos básicos de la psicoterapia y aterrizar sus expectativas de forma realista, también es necesario revisar críticamente las características básicas de algunos tratamientos psicoterapéuticos si una porción tan grande de los pacientes (aproximadamente la mitad) no obtienen lo que esperan y optan por desertar debido a ello (Pekarik, 1985).

### ***Ajuste del Tratamiento a las Necesidades del Paciente***

Luego de revisar cómo el paciente puede desertar del tratamiento si no obtiene lo que espera, resulta evidente que se deben de hacer ajustes tanto en sus expectativas como en el tratamiento para poder satisfacer sus necesidades. Tomando en cuenta esto, Prochaska y Norcross (2001) desarrollaron el llamado *Modelo Transteórico de Cambio en el Paciente* (“*Transtheoretical Model of Client Change*”), en el cual proponen ajustar el contenido y las metas del tratamiento psicoterapéutico en función de las necesidades específicas de cada paciente. Ellos argumentan que cuando un paciente se encuentra en una situación terapéutica debe atravesar progresivamente por una serie de distintas etapas de cambio para lograr modificar la conducta blanco en cuestión. Así, según estos autores,

la eficacia de las distintas técnicas terapéuticas para lograr cambios clínicos en el paciente varía en función de la etapa de cambio en la cual se encuentra este mismo en un momento dado (ver Tabla 1). Además postulan que el ajuste de los objetivos del tratamiento a las etapas de cambio del paciente puede prevenir y disminuir la deserción de la psicoterapia, porque si el terapeuta establece metas que son incompatibles con la etapa de cambio del paciente, es probable que este se sienta presionado, incómodo, etc. y deserte del tratamiento. De hecho, según este modelo, la mayoría de los desertores se encuentran en las primeras dos etapas de cambio (*Precontemplación* y *Contemplación*) y aún no están listos para las técnicas de intervención tradicionalmente utilizadas en psicoterapia, por lo que es necesario tratar de ayudarlos a pasar a etapas más avanzadas en las que es más probable que se beneficien de estas técnicas y progresen hacia el cambio (Prochaska y Norcross, 2001). Además, los autores de este modelo estiman que 50 a 60% de todos los pacientes de psicoterapia se encuentran en la etapa de *Precontemplación* cuando ingresan a tratamiento, 30% a 40% están en la etapa de *Contemplación* y sólo 10 a 20% en la etapa de *Acción*, lo cual coincide con los altos índices de deserción (hasta 60%) que se registran comúnmente (Baekeland y Lundwall, 1975).

En conclusión, la literatura especializada sobre deserción de la psicoterapia ha examinado una variedad de variables que podrían predecir este fenómeno.

En cuanto a las variables relacionadas al paciente se ha identificado que los desertores suelen provenir de un nivel educativo y socioeconómico bajo, estar poco motivados (decisión involuntaria de ir a tratamiento), tener expectativas inadecuadas acerca de lo que pasará en su psicoterapia y quizás contar con una historia previa de deserción de tratamientos anteriores.

Con respecto a las variables asociadas al terapeuta, se ha identificado que los terapeutas que están más propensos a perder prematuramente a sus pacientes suelen tener poca experiencia profesional, exhibir una actitud negativa hacia el paciente, tener expectativas discrepantes con las del paciente que no manejan adecuadamente, y no planificar y hacer ajustes en el tratamiento considerando las necesidades específicas del paciente.

**TABLA 1.** Las Etapas de Cambio del Paciente y su Relación con el Tratamiento

	<b>ETAPA DE CAMBIO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>	<b>ROL DEL TERAPEUTA/METAS DEL TRATAMIENTO</b>
1	<i>Precontemplación</i>	El paciente tiene poca o ninguna conciencia acerca de sus problemas, por lo que no tiene intención de cambiar su conducta en un futuro cercano (los próximos 6 meses). Sin embargo, con frecuencia personas cercanas al paciente (familiares, compañeros, amigos, etc.) sí están concientes de su problemática y por ende con frecuencia lo presionan para que acuda a terapia.	<u>Padre Cuidador:</u> El terapeuta debe fomentar de forma respetuosa y comprensiva la necesidad de cambio en el paciente, lo cual se logra haciendo tangibles los beneficios del cambio.
2	<i>Contemplación</i>	El paciente está conciente de que tiene un problema y realmente quiere superarlo o solucionarlo (dentro de los próximos 6 meses), pero aún no se compromete a llevar esa intención a la práctica.	<u>Maestro Sócrático:</u> El terapeuta debe lograr que el paciente perciba que llevar a cabo el cambio implica más beneficios que costos y plantearle que su ambivalencia o vacilación acerca de cambiar es común.
3	<i>Preparación</i>	El paciente quiere superar o solucionar seriamente su problema y está dispuesto a realizar acciones específicas para cumplir esta meta (dentro del próximo mes). De hecho, anteriormente ya ha llevado a cabo intentos activos para lograrlo (en el año pasado), los cuales no han sido del todo eficaces y sólo ha conseguido cierta reducción de su problema.	<u>Entrenador Experimentado:</u> El terapeuta debe proporcionar apoyo emocional y ayudarle al paciente a desarrollar un plan de acción y a especificar metas, a considerar diferentes alternativas y a experimentar con distintas estrategias de cambio.
4	<i>Acción</i>	El paciente ha invertido considerable tiempo (desde un día hasta seis meses) y energía en modificar su conducta blanco y los elementos del medio ambiente que la fomentan u obstaculizan para así superar su problema. Ahora es cuando más reconoce su problema.	<u>Asesor:</u> El terapeuta debe proporcionar apoyo emocional y consejos expertos cuando los avances del paciente se estancan o fracasan temporalmente (recaídas).
5	<i>Mantenimiento</i>	El paciente está consolidando los logros alcanzados durante la etapa anterior y se esfuerza por prevenir recaídas. Ha estado libre de la conducta problema durante más de seis meses y de forma regular lleva a cabo conductas incompatibles con la misma.	
6	<i>Terminación</i>	El paciente terminó su proceso de cambio y ya no tiene que esforzarse por prevenir recaídas dado que tiene absoluta confianza en su auto eficacia ante cualquier situación de riesgo.	

Psicológico

(Prochaska y Norcross, 2001; Cormier y Nurius, 2003)



Por lo tanto existen variables relacionadas al paciente, al terapeuta y a la interacción entre ambos que fomentan los altos índices de deserción del tratamiento psicológico. Los estudios revisados hasta ahora han sido de tipo retrospectivo; sin embargo, otra forma más directa de conocer los motivos de deserción es realizar un seguimiento en el cual se pregunta personalmente a los pacientes por qué desertaron. Las investigaciones que han utilizado este método se exponen a continuación.

#### 4. Algunos Motivos de Deserción de la Psicoterapia - Estudios de Seguimiento

En comparación con los estudios de tipo retrospectivo, los de seguimiento son relativamente escasos dentro de la literatura especializada sobre la deserción de la psicoterapia. Sin embargo, estos estudios son fundamentales para ilustrar la experiencia y la actitud del paciente hacia la terapia y el terapeuta, su percepción acerca de sus propios avances y su bienestar luego de haber abandonado el tratamiento. Así, es la única forma infalible de saber si los pacientes desertores mejoran, empeoran o se mantienen igual luego de la intervención psicológica y es una medida preventiva para evitar el incremento progresivo de la deserción gracias a que expone las necesidades de los pacientes desertores (Acosta, 1980; Fernandez y Eyberg, 2005; Robles, 2003; Saucedo et al., 1997).

**TABLA 2.** Los Principales Motivos de Deserción del Tratamiento Psicoterapéutico, Psiquiátrico y para las Adicciones

Estudio	Tipo de Pacientes	Sentir Mejoría	No Sentir Mejoría	Insatisfacción con el Terapeuta	Obstáculos Ambientales	Factores Institucionales
Baekeland y Lundwall (1975)	Psicoterapéuticos y Psiquiátricos (Adultos)	30%		30%	30%	
Acosta (1980)	Psicoterapéuticos (Adultos)	22%	19%	24%	27%	8%
Pekarik (1992)	Psicoterapéuticos (Adultos y Padres de Niños)	37% 32%		33% 22%	31% 46%	
Nichols y Pekarik (1992)	Psicoterapéuticos (Adultos y Padres de Niños)	41%		26%	33%	
Garfield (1994)	Psicoterapéuticos y Psiquiátricos (Adultos)	30%		30%	30%	
Saucedo et al. (1997)	Psiquiátricos (Adultos)	8%	11%	9%	24%	12%
Velázquez et al. (2000)	Psiquiátricos (Adultos)	19.6%		6.5%	10.9%	17.4%
Cruz (2000)	Alcohólicos (Adultos)		15%	23%	20%	42%
Fernandez y Eyberg (2005)	Psicoterapéuticos (Padres de Niños)		19%	16%	35%	
<b>PROMEDIO</b>	<b>SÓLO Pacientes Psicoterapéuticos</b>	<b>32%</b>	<b>19%</b>	<b>25.9%</b>	<b>33.1%</b>	<b>8%</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>27.5%</b>	<b>14.5%</b>	<b>24.3%</b>	<b>28.7%</b>	<b>19.9%</b>

Aunque los porcentajes correspondientes a los motivos de deserción de la psicoterapia más frecuentes varían de un estudio a otro (ver Tabla 2), las investigaciones que han realizado el seguimiento de pacientes desertores coinciden en que las razones principales son sentir mejoría, no sentir mejoría, sentirse insatisfecho con el trato del terapeuta y enfrentarse a obstáculos ambientales (Acosta, 1980; Baekeland y Lundwall, 1975; Cruz, 2000; Fernandez y Eyberg, 2005; Garfield, 1994; Nichols y Pekarik, 1992; Pekarik, 1992; Saucedo et al., 1997; Velázquez et al., 2000).

#### ***a) Sentir Mejoría***

El sentirse mejor se refiere a la mejoría o solución de los problemas del paciente y/o al cambio en la percepción de los mismos (por ejemplo, aceptación o resignación). Aproximadamente 30% de los pacientes desertores lo reportan como su motivo principal de deserción (Acosta, 1980; Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Nichols y Pekarik, 1992; Pekarik, 1992; Velázquez et al., 2000).

Aunque para muchos profesionales de salud mental resulta poco creíble que un paciente pueda mejorar luego de tan sólo una, dos o tres sesiones, debido a que tienden a subestimar el efecto del alivio inicial y a considerar que el paciente aún no está listo para terminar el tratamiento, el paciente, por el contrario, puede estar dispuesto a aceptar mejorías moderadas y fácilmente percibir que ya no necesita del tratamiento (Pekarik, 1985; Pekarik y Wierzbicki, 1993).

El hecho de que un tercio de todos los pacientes desertan por sentir mejoría y en consecuencia consideran no necesitar más del tratamiento cuestiona el supuesto común de muchos terapeutas de que los desertores equivalen a fracasos del tratamiento y que son pacientes que no obtuvieron ningún beneficio del mismo. Por desgracia, si no se lleva a cabo un seguimiento que evidencie el bienestar de estos pacientes después del tratamiento es probable que muchos terapeutas continúen con este supuesto (Acosta, 1980; Pekarik, 1992).

#### ***b) No Sentir Mejoría***

En contraste con el motivo de deserción anterior, el no sentir mejoría comprende no percibir la eficacia y/o el beneficio de la psicoterapia, lo cual se refiere, por un lado, al

efecto tangible del tratamiento y a posibles fallas del mismo (como contenido incomprensible, falta de metas y objetivos claros, etc.) y, por el otro, a los resultados que espera obtener el paciente. Hasta 20% de los pacientes desertores abandonan su tratamiento por esta razón y, dado que este motivo atañe directamente al efecto del tratamiento, a los profesionales de salud mental les corresponde llevar a cabo las modificaciones necesarias para tanto optimizar la efectividad del tratamiento como manejar las posibles expectativas irrealistas de los pacientes (Acosta, 1980; Cruz, 2000; Fernandez y Eyberg; 2005; Saucedo et al., 1997).

### ***c) Insatisfacción con el Trato del Terapeuta***

Aproximadamente 25% de los pacientes reportan que abandonan su tratamiento psicoterapéutico por estar insatisfechos con el trato de su terapeuta, lo cual abarca desde tratos inadecuados (falta de empatía y de apoyo emocional, actitud negativa hacia el paciente, etc.) hasta faltas de profesionalidad del terapeuta (impuntualidad, ausencias sin previo aviso, etc.) y que llegan a incomodar al paciente y a impedir una buena relación terapéutica (Acosta, 1980; Baekeland y Lundwall, 1975; Cruz, 2000; Fernandez y Eyberg, 2005; Garfield, 1994; Nichols y Pekarik, 1992; Pekarik, 1992; Saucedo, 1997; Velázquez et al., 2000). Este motivo pone en entredicho las habilidades del terapeuta por lograr que el paciente se sienta comprendido, apoyado y ayudado, por lo que le corresponde asumir la responsabilidad de poder fomentar o propiciar la deserción de sus pacientes a través de su trato con ellos y reconocer la necesidad modificarlo en pro del paciente y de su continuación en el tratamiento.

### ***d) Obstáculos Ambientales***

Los obstáculos ambientales comprenden aspectos como la escasez de recursos económicos, la incompatibilidad de la psicoterapia con horarios laborales o domésticos, los problemas de transporte o de distancia, etc., que físicamente impiden o dificultan que el paciente continúe asistiendo a su tratamiento psicológico. Cerca del 30% de los pacientes desertores reportan discontinuar su psicoterapia por obstáculos ambientales y conviene notar que los pacientes de escasos recursos económicos son los más propensos a desertar por este motivo dado que tienen menos posibilidades de cubrir los costos del

servicio psicológico, de faltar a su trabajo para acudir a las sesiones, de encontrar personas que cuiden a sus hijos, etc. en comparación con pacientes de una posición económica acomodada (Acosta, 1980; Cruz, 2000; Pekarik, 1992; Velázquez et al., 2000).

Sin embargo, los obstáculos ambientales son independientes de la motivación del paciente por continuar en su psicoterapia y no dejan ver el efecto del tratamiento ya que no se sabe, por un lado, qué tanto el paciente deseaba continuar con su tratamiento si no tuviera que enfrentarse a los obstáculos ambientales y, por el otro, qué tanto la intervención psicológica logró una mejoría de sus problemas. Incluso es posible que algunos pacientes que dicen desertar por obstáculos ambientales hayan desertado por resistencia al tratamiento o por cualquiera de los otros motivos de deserción, pero que prefieren no expresar abiertamente sus verdaderas razones ante sus terapeutas.

#### ***e) Factores Institucionales***

Por último, los factores institucionales se refieren a los aspectos propios de la política de una institución de salud mental que pueden fomentar la deserción de sus pacientes. Aunque no es un motivo frecuente de deserción en pacientes de psicoterapia (ver Tabla 2), hasta 20% de los pacientes psiquiátricos o con adicciones llegan a referir razones como el burocratismo de la institución, la confusión de citas programadas y el atenderse en otra institución como su principal motivo de deserción del tratamiento (Acosta, 1980; Cruz, 2000; Saucedo, 1997; Velázquez et al., 2000).

En resumen, por lo visto casi la mitad de los pacientes de psicoterapia desertan por estar disgustados con el servicio y/o no recibir lo que esperaban (incluye no sentir mejoría e insatisfacción con terapeuta), cerca de un tercio abandona el tratamiento por causas de “fuerza mayor” (falta de tiempo o dinero) que son independientes de su motivación por continuar en tratamiento y otro tercio percibe una mejoría lo suficientemente significativa como para considerar que ya no necesitan más de la ayuda profesional.

## **5. Soluciones Propuestas a la Deserción de la Psicoterapia**

En vista de los costos tan altos que implica la deserción de la psicoterapia para el paciente, el terapeuta y el sector de salud mental, se han realizado cuantiosos esfuerzos por prevenir y combatir este problema a través del diseño de métodos que fomentan la permanencia del paciente en el tratamiento, el mayor tiempo posible para que pueda recibir el máximo beneficio del mismo.

### ***Selección de Candidatos a Psicoterapia***

En primer lugar se recomienda realizar una selección más adecuada de los candidatos a psicoterapia de forma que sólo las personas que cumplan con ciertos requisitos (por ejemplo, estar motivados, tener claridad de su problema y de lo que esperan obtener, etc.) se acepten como pacientes (Torres y Lara, 2002) y todas aquellas que podrían ser desertores potenciales se rechacen (Garfield, 1994). Aunque esto se sugiere con el afán de disminuir la pérdida de recursos económicos y esfuerzos profesionales e institucionales también se corre el riesgo de rechazar a personas que se beneficiarían de un tratamiento psicoterapéutico en base a ciertos criterios rígidos que difícilmente se pueden generalizar universalmente.

### ***Preparación Previa al Tratamiento***

Antes de comenzar formalmente con el tratamiento, es decir luego de concluir con la fase de evaluación, se sugiere preparar a los pacientes para el mismo. Esto se logra proporcionando una explicación clara acerca de los aspectos básicos de su(s) problema(s) (origen, factores influyentes, impacto en su funcionalidad, etc.), del tratamiento correspondiente (duración, contenido, metas, etc.) y de lo que puede esperarse de forma realista de la psicoterapia (proceso de cambio y resultados), luego de lo cual el paciente puede proponer ajustes específicos e incluso decidir si desea o no aceptar el tratamiento propuesto (Cruz, 2000; Drisko, 2004; Garfield, 1994; Pekarik, 1985). Esta preparación se puede llevar a cabo de manera verbal justo antes de comenzar o durante las sesiones iniciales del tratamiento; también se puede proporcionar material escrito (como contratos explícitos acerca del plan de tratamiento) o visual (películas informativas) y realizar

talleres o incluso sesiones de prueba,; se ha visto que estas estrategias pueden incrementar la motivación del paciente, pero sobre todo ayuda a identificar, manejar y modificar sus expectativas irrealistas e inadecuadas acerca del tratamiento (Frayn, 1992; Pekarik, 1985).

Afortunadamente las expectativas, que pueden ser útiles para identificar aquellos pacientes que están en riesgo de desertar y aquellos que tienen la mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento, se pueden explorar de forma relativamente sencilla desde las sesiones iniciales y ajustar de tal manera que formen una visión más adecuada y realista de las características básicas de la psicoterapia (Garfield, 1994; McCabe, 2002; Nock y Kazdin, 2001). Como se vio anteriormente, los pacientes procedentes de un bajo nivel socioeconómico suelen tener expectativas bajas respecto a la eficacia del tratamiento, por lo que pueden beneficiarse de una intervención enfocada en la credibilidad de la psicoterapia y del terapeuta. Al igual, cuando se trata a pacientes con problemas de gran gravedad e impacto en su funcionalidad conviene proporcionarles información sobre lo que se puede esperar de forma realista del proceso de mejoría (Nock y Kazdin, 2001).

Además, se recomienda que con todo tipo de pacientes se revise el papel del paciente (énfasis en su responsabilidad personal para lograr cambios) y el papel del terapeuta (énfasis en asistencia profesional para guiar al paciente) y se puede aprovechar la ocasión para educar a los pacientes con pocos conocimientos sobre las actividades de un terapeuta y corregir ideas equivocadas sobre esta profesión al describir aspectos como los tipos de problemas que pueden ser tratados por psicoterapeutas, las diferencias entre varios tipos de psicoterapeutas y las temáticas que el terapeuta probablemente planteará (como el pasado del paciente, el desarrollo del problema, las relaciones con familiares, parejas, amigos, compañeros, etc.) (Gonzalez, Tinsley y Kreuder, 2002).

Así, una intervención relativamente sencilla y breve como esta puede tener un efecto importante sobre los índices de deserción, ya que contribuye a que los pacientes tengan la mayor claridad posible sobre el tratamiento y así muestren expectativas más realistas y un mayor compromiso ante el mismo.

### ***Duración del Tratamiento***

Como se vio anteriormente, la mayoría de los pacientes quieren tener un tratamiento psicoterapéutico efectivo pero de corta duración. Ante esta demanda existen dos posibilidades: utilizar procedimientos diseñados para prolongar la asistencia de los pacientes en tratamientos tradicionales (10-40 sesiones o más) o llevar a cabo tratamientos de corta duración (10-20 sesiones). En cuanto a la primera forma de disminuir la deserción, sería poco factible esperar que todos los pacientes estén dispuestos a asistir a psicoterapia en la extensión que lo requiere un tratamiento tradicional, sin mencionar que debería de cuestionarse la prudencia de llevar a cabo este tipo de tratamientos si la mayoría de los pacientes los rechazan. Los tratamientos breves o la intervención en crisis<sup>4</sup> (1-8 sesiones), en cambio, son formas de tratamiento compatibles con las expectativas de la mayoría de los pacientes acerca de la duración y las metas de la psicoterapia. Además este tipo de tratamientos se caracteriza por una fase de evaluación de pocas sesiones y una intervención muy focalizada, enfatizando solucionar de forma directa y clara los problemas inmediatos y aliviar las molestias emocionales asociadas a los mismos desde las sesiones iniciales (Garfield, 1994; Lazaratou et al., 2006; Pekarik, 1985). Inclusive, se ha sugerido que la intervención en crisis se lleve a cabo con todos los pacientes en un principio y que luego se evalúe si requieren de una intervención más extensa, aunque para ello evidentemente se necesita contar con profesionales debidamente capacitados en este tipo de tratamiento (Pekarik, 1985).

También se ha dicho que hacer explícita la duración del tratamiento desde el inicio del mismo puede reducir la deserción de la psicoterapia gracias a que proporciona una expectativa definida que ayuda a los pacientes a permanecer en terapia a pesar de posibles experiencias negativas (frustración, estrés, mejoría lenta, etc.) debido a que saben cuándo aproximadamente terminará su tratamiento (Hunt y Andrews, 1992; Sledge, Moras, Hartley y Levine, 1990).

---

<sup>4</sup> Cabe aclarar que la intervención en crisis con frecuencia está mal concebida, pues generalmente se asume que es una intervención psicoterapéutica ante situaciones críticas que requieren de una atención inmediata, igualándola con un servicio de emergencia. Sin embargo, la intervención en crisis y sus procedimientos clínicos difieren teórica y prácticamente de la psicoterapia tradicional, además de que atiende a una gran variedad de problemáticas y no sólo aquellas que representen una amenaza inminente al bienestar emocional y mental del paciente (Pekarik, 1985).



Así, disminuir la duración del tratamiento y hacerla explícita desde un principio reduce la probabilidad de deserción y tiene beneficios importantes para el paciente (aunque deserte luego de pocas sesiones al menos habrá recibido algo de ayuda para sus problemas), el terapeuta (desarrolla habilidades para identificar cuando terminar el tratamiento e invierte sus esfuerzos profesionales de forma más productiva) y el sector de salud mental (proporciona tratamientos efectivos, cortos y económicos que aminoran la creciente demanda de sus servicios y la pérdida de sus recursos limitados) (Goldenberg, 2002; Marini et al., 2005).

### ***Deserciones Previas***

En general, todos los terapeutas deberían de estar capacitados para poder anticipar y manejar potenciales problemas de deserción con sus pacientes (Garfield, 1994). Pero además, dado que la conducta pasada en situaciones similares es un buen predictor de la conducta futura (Beck et al., 1987), se sugiere averiguar si el paciente ha desertado anteriormente de otro(s) tratamiento(s) para poder explorar los motivos correspondientes y manejar sus expectativas de forma adecuada, pues esta experiencia pasada con la psicoterapia determina de forma importante qué espera obtener el paciente de su tratamiento actual (Cruz, 2000; Longo, Lent y Brown, 1992).

### ***Otros Elementos Básicos del Tratamiento***

Algunos consejos prácticos para disminuir la deserción incluyen adherirse a un modelo de tratamiento estructurado (Drisko, 2004), utilizar los autoreportes del paciente como indicador de su avance más que la evaluación del terapeuta, llevar a cabo un constante monitoreo para asegurar la eficacia del tratamiento a través de preguntas como “¿Comprendí correctamente sus sentimientos y/o problemas?”, “¿Vamos por un buen camino?” y “¿Estamos logrando sus metas?”, y realizar seguimientos de tanto pacientes finalizadores como desertores para registrar el efecto del tratamiento a largo plazo, todo esto para poder ajustar el tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente (Klein et al., 2003).

### ***Aspectos Institucionales***

A nivel institucional y administrativo se ha propuesto tratar de reducir o eliminar las listas de espera para recibir la atención psicológica, recordarle al paciente (vía telefónica, e-mail, etc.) acerca de citas no asistidas y citas programadas, y monitorear y evaluar periódicamente los índices de asistencia y deserción de cada terapeuta para llevar a cabo las capacitaciones necesarias (incluso se ha recomendado que estos índices se tomen como parámetro para los incrementos salariales, haciéndolos contingentes al buen desempeño de los profesionales) (Pekarik, 1985). También se recomienda que la recepción y la programación de la primera cita del paciente se realice por un profesional de salud mental o por personal de secretariado debidamente capacitado en proporcionar información adecuada acerca de los aspectos generales de un tratamiento psicológico (Lazaratou et al., 2006).

En conclusión, para disminuir la deserción de la psicoterapia se recomienda seleccionar cuidadosamente a los pacientes, prepararlos para el tratamiento para que sus expectativas sean lo más realistas posible, llevar a cabo tratamientos muy breves y focalizados (por ejemplo, la intervención en crisis) y hacer explícita la duración del tratamiento desde un inicio. Además se sugiere indagar sobre posibles deserciones previas y monitorear periódicamente la eficacia de la psicoterapia. Por último, a nivel institucional se recomienda evitar las listas de espera, tener recepcionistas capacitadas en informar sobre los aspectos básicos de un tratamiento psicológico y realizar una evaluación constante de los índices de deserción para poder llevar a cabo las acciones necesarias para combatir este fenómeno.

## **6. Diferencias entre Pacientes Adultos y Niños**<sup>5</sup>

Los estudios revisados hasta ahora se han realizado con pacientes adultos de psicoterapia. Aunque los pacientes niños muestran similitudes con los adultos en cuanto al índice de deserción (20-60%) y al promedio de sesiones asistidas (5 sesiones) (Shuman y Shapiro, 2002; Wierzbicki y Pekarik, 1993), existen diferencias muy marcadas entre estas dos poblaciones y no se pueden generalizar los resultados de una a la otra. Por esta razón las muestras de adultos y de niños deben analizarse por separado, pues la deserción del tratamiento psicológico en cada una de ellas se asocia a distintas variables respectivamente (Nock y Kazdin, 2001; Pekarik y Stephenson, 1988; Sales, 2003; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

La diferencia más crucial entre pacientes adultos y niños es que la mayoría de los adultos deciden por sí mismos cuando buscar, iniciar y terminar un tratamiento psicoterapéutico, mientras que con pacientes niños esas decisiones dependen principalmente de sus padres o tutores. Por ello, mientras que para adultos el ser autoreferidos (factor motivacional) se asocia a una mayor permanencia en el tratamiento, esta variable prácticamente no tiene relevancia en la continuación en el tratamiento para niños debido a que prácticamente todos los niños en psicoterapia son referidos por terceras personas y rara vez solicitan este servicio ellos mismos (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988; Shuman y Shapiro, 2002).

De hecho, la mayoría de las variables que generalmente se asocian a la deserción del tratamiento en adultos no se relacionan a la deserción en niños. Por ejemplo, la satisfacción del paciente y la actitud, experiencia profesional y estilo terapéutico del terapeuta son factores decisivos en la permanencia de pacientes adultos gracias a que estos tienen el poder de discontinuar su tratamiento en cualquier momento. Los pacientes niños, por el contrario, generalmente no tienen ese mismo poder y además sus padres a menudo tienen poco contacto con el terapeuta, por lo que estos factores llegan a tener

---

<sup>5</sup> Debido a que existe poca información sobre las particularidades de los pacientes adolescentes en cuanto a la deserción de la psicoterapia, aquí sólo se exponen las características de los pacientes niños, las cuales se especula que son bastante similares a los primeros debido a que un paciente adolescente menor a 18 años debe de obtener el consentimiento de su padre o tutor para iniciar un tratamiento psicoterapéutico y suele depender económicamente del mismo para poder permanecer en su psicoterapia.

poco impacto sobre su permanencia en el tratamiento psicoterapéutico (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988).

En consecuencia, las causas de la deserción de la psicoterapia infantil y sus posibles soluciones parecen depender más de las características de los padres que de las del mismo paciente, ya que generalmente son los padres los que deciden cuándo discontinuar el tratamiento del niño.

a) Causas de Deserción de la Psicoterapia Infantil

***Variables Sociodemográficas del Niño***

Las variables sociodemográficas de pacientes niños (edad, sexo, ingreso económico) no parecen relacionarse con su deserción del tratamiento psicoterapéutico (Pekarik y Stephenson, 1988).

***Variables Sociodemográficas de los Padres***

Parece haber cierta relación entre la deserción de la psicoterapia en niños y la clase social de sus padres, debido a que esta variable puede estar ligada a expectativas y conocimientos poco adecuados acerca de los aspectos básicos del tratamiento de sus hijos (duración, metas, efectividad, etc.) (McCabe, 2002; Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988).

También se ha observado que los niños de padres que viven juntos tienen más probabilidad de terminar el tratamiento (Lazaratou et al., 2006).

***Variables Clínicas del Niño***

Las variables clínicas de pacientes niños (como su diagnóstico, personalidad e impacto del problema sobre su funcionalidad) no parecen tener un efecto directo sobre su posible deserción de la psicoterapia, aunque estas variables pueden llegar a influir sobre algunas variables clínicas de sus padres (como sus expectativas, motivación y cooperación), las cuales a su vez juegan un papel muy importante en el abandono prematuro del tratamiento (Pekarik y Stephenson, 1988).

### *Variables Clínicas de los Padres*

En el caso de pacientes niños es fundamental tomar en cuenta las características clínicas de sus padres (como personalidad, psicopatología, nivel de estrés, conducta negativa hacia el hijo, actitud hacia el tratamiento, etc.), pues se ha demostrado que los factores motivacionales y psicológicos de los padres son determinantes para la deserción del niño. Así, los padres que son poco cooperativos, que tienen muchos problemas propios y poco deseo de cambiar ellos mismos o de involucrarse activamente en la psicoterapia de sus hijos son los más propensos a descontinuar prematuramente el tratamiento de sus hijos (Pekarik y Stephenson, 1988).

Asimismo, los padres que no han tenido una experiencia previa con la psicoterapia, y sobre todo aquellos que provienen de un bajo nivel socioeconómico y educativo son lo que suelen tener las expectativas más inadecuadas acerca de los aspectos básicos del tratamiento y están más proclives a terminar prematuramente el tratamiento de su hijo a menos de que estas expectativas se corrijan desde las sesiones iniciales (McCabe, 2002; Nock y Kazdin, 2001; Shuman y Shapiro, 2002).

Se considera que las variables clínicas de los padres son las que mejor llegan a explicar la deserción del tratamiento en niños, y además también resulta común que los padres y su conducta son parte del problema manifestado por el paciente niño (incluso a veces ellos mismos son el problema principal) y cuando no son capaces de reconocer y aceptar esta responsabilidad con frecuencia al ser confrontados por el terapeuta sobre este hecho llegan a retirar a su hijo del tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Fernandez y Eyberg, 2005; Nock y Kazdin, 2001; Pekarik y Stephenson, 1988).

#### b) Motivos de Deserción de la Psicoterapia Infantil

Los principales motivos de deserción que se han identificado con pacientes adultos (sentir mejoría, no sentir mejoría, insatisfacción con el terapeuta y obstáculos ambientales) son muy similares a los ligados a la deserción en pacientes niños, pues los padres de estos pacientes dicen desertar principalmente por obstáculos ambientales para

acudir al tratamiento, por percibir que el tratamiento no es relevante o demasiado demandante, o por una mala relación con el terapeuta (Nock y Kazdin, 2001). Aunque muchos padres de pacientes niños con frecuencia no están muy involucrados en el tratamiento de sus hijos, tanto los obstáculos ambientales como el trato del terapeuta y la eficacia del tratamiento les afecta de forma similar a la que les afectaría si ellos mismos estuvieran en tratamiento psicológico debido a que generalmente acompañan al hijo a tratamiento, pagan la consulta, interactúan con el terapeuta para indagar sobre los avances del niño y perciben directamente los cambios, o la falta de ellos, en el comportamiento de sus hijos (Pekarik y Stephenson, 1988).

### c) Soluciones a la Deserción de la Psicoterapia Infantil

Un estudio encontró que 67% de los padres cuyos hijos estaban en un tratamiento psicoterapéutico reportaron que no se les explicó adecuadamente los pormenores del tratamiento y que 72% consideraron que el tratamiento no logró satisfacer las necesidades de sus hijos (Chung, Pardeck y Murphy, 1995). Estos resultados sugieren que se debe informar apropiadamente a los padres de niños en psicoterapia acerca del contenido, la duración y las ajustando a las necesidades de sus hijos y a sus propias expectativas.

También se ha llevado a cabo la preparación previa al tratamiento con padres de pacientes niños, pero no se ha visto algún efecto sobre el índice de deserción (Shuman y Shapiro, 2002) aunque no es posible generalizar este resultado debido a que sólo un estudio ha llevado a cabo este tipo de intervención preventiva.

En conclusión, la deserción de la psicoterapia se relaciona a diferentes variables en pacientes adultos y niños respectivamente por lo que estas dos poblaciones deben analizarse como muestras separadas al estudiar este fenómeno.

En general, las variables asociadas al paciente niño parecen tener poca relevancia debido a que sus padres deciden cuando iniciar y terminar su tratamiento psicoterapéutico. Por ello, las variables asociadas a los padres de estos niños, en especial sus expectativas, su motivación y su propia satisfacción con la psicoterapia, son las que

parecen determinar su permanencia en el tratamiento y por ende las posibles soluciones a la deserción de la psicoterapia infantil se deberían de dirigir más a los padres que al mismo paciente.

## **7. Limitaciones Metodológicas de los Estudios sobre Deserción de la Psicoterapia**

Aunque los índices, las causas y las consecuencias de la deserción del tratamiento psicológico se han documentado en numerosos estudios con frecuencia se obtienen resultados poco significativos o inconsistentes que no se han podido replicar (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

Por ejemplo, se han encontrado porcentajes de deserción tanto muy bajos (7%) como muy altos (100%) (Saucedo et al., 1997 y Robles, 2003 respectivamente); hay estudios que indican que 30% de todos los pacientes asistieron a más de 27 sesiones (Goldenberg, 2002) mientras que en otros el 100% desertó dentro de las primeras 6 sesiones (Robles, 2003); en cuanto a las variables de edad y sexo existen porcentajes similares de estudios (aproximadamente 40-50%) que tanto afirman su relación con la deserción como de aquellos que la niegan (Baekeland y Lundwall, 1975); aunque se ha visto de forma consistente que los desertores suelen tener un nivel educativo más bajo, en algunas investigaciones tienen un mayor nivel de estudios que los pacientes finalizadores (Cedillo, 2005; Robles, 2003); por último, aún no se clarifica la relación entre el impacto del problema y la deserción del tratamiento, pues algunos estudios indican que los clientes con los problemas más exacerbados suelen obtener un mayor beneficio del tratamiento, mientras que otros afirman que los clientes menos afectados tienen una mayor probabilidad de mejoría (Garfield, 1994).

Estas discrepancias se han atribuido a las limitaciones metodológicas (criterios de definición y de muestreo) que caracterizan a muchos de los estudios sobre deserción de la psicoterapia y que dificultan su comparación y la generalización de sus resultados.

### ***Criterios de Definición***

Como ya se expuso anteriormente, la deserción de la psicoterapia se puede definir en función de un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, dos meses), de un número fijo de sesiones (por ejemplo, 20 sesiones), de la inasistencia del paciente a la última sesión programada o del juicio del terapeuta (Wierzbicki y Pekarik, 1993; Pekarik, 1992). Lamentablemente cuando se usan distintos parámetros para definir la deserción del tratamiento los pacientes considerados como desertores en un estudio se



conciben como finalizadores en otro y resulta difícil comparar estos dos tipos de estudios o generalizar sus resultados (Garfield, 1994).

Además, con frecuencia no se toma en cuenta la dimensión temporal inherente a la deserción (es decir, separar a los desertores en función del momento exacto de su abandono), lo cual puede ocasionar que se cataloguen como iguales a pacientes que desertan después de una sola sesión y pacientes que lo hacen luego de 12 sesiones, pasando por alto posibles diferencias importantes entre ambos tipos de pacientes (Baekeland y Lundwall, 1975; Beck et al., 1987; Cruz, 2000; Pekarik, 1992; Self et al., 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

### ***Criterios de Muestreo***

Los criterios de muestreo pueden reducir el poder estadístico y limitar la representatividad de los resultados (Fernandez y Eyberg, 2005) cuando se usan muestras pequeñas ( $N < 75$ ) (véase Robles, 2003) o se funden muestras que deberían estudiarse por separado en una sola, como por ejemplo muestras de niños, adolescentes y adultos (Pekarik y Stephenson, 1988; Pekarik, 1992; Richmond, 1992; Sales, 2003; Wierzbicki y Pekarik, 1993) o muestras de psicoterapia individual y grupal (véase Torres y Lara, 2002). Además de distorsionar los resultados al concebir a este tipo de muestras como un grupo homogéneo, se imposibilita identificar qué clase de diferencias existen entre ellas (Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Pekarik y Stephenson, 1988; Self et al., 2005).

En conclusión, debido a las limitaciones metodológicas que surgen de los criterios de definición y de muestreo que se usan comúnmente en muchos estudios sobre deserción de la psicoterapia, con frecuencia se producen resultados inconsistentes o poco potentes y se encuentran pocas diferencias entre pacientes desertores y finalizadores. Por ello, usar definiciones operacionales que no se basan en la duración del tratamiento, tomar en cuenta la dimensión temporal de la deserción, tener muestras de buen tamaño y estudiar a los pacientes en muestras separadas en función de sus características particulares son algunas formas eficaces de disminuir las limitaciones metodológicas en un estudio sobre

deserción del tratamiento psicoterapéutico y así obtener resultados más válidos y generalizables.

## **8. Factores Cruciales en la Deserción de la Psicoterapia**

A pesar de que hay muchas investigaciones sobre la deserción del tratamiento psicológico con resultados inconsistentes hay varios autores que identificaron factores cruciales para que ocurra o no este fenómeno.

Según Drisko (2004), variables como la proximidad geográfica, la transportación accesible, los costos razonables de los servicios y que los mismos sean promocionados y proporcionados de una forma cordial son decisivos para que el paciente permanezca en el tratamiento.

Por su parte, Baekeland y Lundwall (1975) identifican tres aspectos fundamentales que influyen en la deserción del tratamiento psicoterapéutico: la actitud favorable o desfavorable del paciente ante la situación terapéutica (incluye variables sociodemográficas y clínicas), la actitud del terapeuta hacia el paciente (incluye variables sociodemográficas y clínicas que afectan a su estilo terapéutico) y los factores ambientales.

En contraste, Garfield (1994) estipula que las variables más predictivas de la permanencia en psicoterapia son las relacionadas a la clase social del paciente (ingreso económico, nivel educativo y ocupación), debido a que generalmente los pacientes y terapeutas provenientes de clases sociales distintas suelen tener expectativas discrepantes acerca del tratamiento (como su duración, su contenido, el papel del paciente, el papel del terapeuta, las metas, etc.), aunque no por ello el problema se limita sólo a la clase social baja.

En conclusión, las principales variables involucradas en la deserción de la psicoterapia son la actitud y las expectativas de tanto pacientes como terapeutas hacia la situación terapéutica y las circunstancias ambientales que favorecen o desfavorecen a la misma.

#### **IV. PROPÓSITO DEL PRESENTE ESTUDIO**

La deserción de la psicoterapia conlleva costos significativos tanto para los terapeutas y las instituciones que ofrecen el servicio como para los mismos pacientes (Longo, Lent y Brown, 1992). Es un fenómeno que compromete la calidad de la atención psicológica (duración inadecuada del tratamiento), el costo del servicio (sesiones programadas no aprovechadas y horas laborales perdidas), y la evaluación del tratamiento (a menos de que se hagan seguimientos resulta difícil identificar el efecto del tratamiento en pacientes desertores).

Por ello, identificar los factores que influyen en la predicción, comprensión y prevención de la deserción de la psicoterapia tiene implicaciones importantes tanto para la investigación como para la práctica (Nock y Kazdin, 2001). Dado que en el sector público generalmente existe una demanda del servicio superior a la se puede atender, resulta indispensable tanto poder distinguir rápida y eficazmente entre los pacientes que tienen mayor probabilidad de permanecer en el tratamiento y aquellos que tienen una gran probabilidad de desertar (Baekeland y Lundwall, 1975; Chung, Pardeck y Murphy, 1995; Frayn, 1992), como poder implementar estrategias efectivas de prevención y manejo de la deserción desde las fases iniciales del tratamiento.

Tras la revisión literaria que se realizó en el presente estudio resalta que se han obtenido muchos resultados inconsistentes debido a numerosos estudios metodológicamente limitados y que en el caso concreto de México no existen investigaciones que examinan la deserción del tratamiento con pacientes de *psicoterapia* (sólo con pacientes psiquiátricos o con adicciones). Además, la mayoría de las investigaciones sobre la deserción del tratamiento psicológico han estudiado a muestras con rangos de edad limitados o no las han separado en submuestras (como niños y adolescentes), por lo que ha sido difícil identificar las necesidades específicas de los pacientes en función de su edad.

De acuerdo con lo anterior, en el presente estudio se buscó evitar algunas de las limitaciones metodológicas de estudios anteriores (como los criterios de definición) y ampliar la línea de investigación de la deserción de la psicoterapia al analizar y comparar las características de pacientes de psicoterapia (niños, adolescentes y adultos)

finalizadores y desertores de un Centro Comunitario de Atención Psicológica con el propósito de identificar las causas de su deserción del tratamiento psicoterapéutico y de proponer estrategias de prevención desde la(s) primera(s) sesión(es) que permiten prevenir la deserción y promover la continuación y finalización del tratamiento. Para ello se exploraron, tanto de forma retrospectiva como a forma de seguimiento, variables de tipo sociodemográfico y clínico que se han asociado anteriormente a la deserción del tratamiento psicoterapéutico (como fuente de referencia, satisfacción con el estilo de vida, tipo, gravedad e impacto del problema, tratamientos previos, etc.) y se identificaron diferencias en función de la edad y el momento de la deserción.

## V. HIPÓTESIS

Con base en los hallazgos en la literatura especializada acerca de la deserción de la psicoterapia se espera que:

1. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre pacientes desertores y finalizadores en cuanto a:
  - a) variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo y ocupación),
  - b) variables clínicas (número de sesiones asistidas, satisfacción con el estilo de vida, gravedad e impacto del problema, tratamiento previo y fuente de referencia),
  - c) variables asociadas al terapeuta que los atendió (sexo y nivel de experiencia).
  
2. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre desertores y finalizadores en función de su edad, es decir en las submuestras de niños, adolescentes y adultos, en cuanto a a), b) y c).
  
3. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de desertores (inmediatos, rápidos y tardíos) en cuanto a a), b) y c) y :
  - d) variables clínicas de seguimiento (cambio en el motivo de consulta, medidas Pre- y Post-tratamiento de la satisfacción con su estilo de vida / gravedad del problema, tratamientos posteriores, etc.),
  - e) motivos de deserción (sentir mejoría o no sentirla, insatisfacción con el trato del terapeuta, etc.), y
  - f) variables del servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes” (satisfacción con el servicio y disposición de regresar / recomendarlo a otros, etc.).

4. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de desertores en función de su edad, es decir en las submuestras de niños, adolescentes y adultos, en cuanto a a), b), c), d), e) y f).
5. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de desertores y los finalizadores en cuanto a b), c), d), e) y f).
  
6. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de desertores y los finalizadores en función de su edad, es decir en las submuestras de niños, adolescentes y adultos, en cuanto a b), c), d), e) y f).

### ***Análisis Estadísticos***

Para probar las hipótesis propuestas en el presente estudio se analizaron, con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) para Windows versión 11.0, las diferencias y su significancia estadística entre los grupos independientes (desertores y finalizadores; tipos de desertores; grupos de edad) mediante la prueba de  $\chi^2$ , la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, y en los grupos correlacionados (tipos de desertores antes y después de su tratamiento) mediante la prueba de Wilcoxon. Además, las variables ordinales se analizaron mediante la correlación de Spearman y la regresión lineal.

## VI. MÉTODO

### *1. Variables*

Para la selección de las variables independientes se consideró tanto su relevancia teórica como su disponibilidad y accesibilidad en los expedientes clínicos de los pacientes del Centro Comunitario de Apoyo Psicológico (C.C.A.P.) “Los Volcanes”. Por ello, se midieron variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, etc.) y clínicas (satisfacción con el estilo de vida, gravedad e impacto del problema, posibles tratamientos previos y fuente de referencia) del paciente y algunas variables del terapeuta (sexo y nivel de experiencia).

La variable dependiente es la deserción de la psicoterapia, es decir, la decisión personal y unilateral del paciente de discontinuar su tratamiento (Garfield, 1994), y todos otros aspectos directamente relacionadas a la misma (número de sesiones asistidas, tipo de desertor, motivos de deserción, etc.).

Como ya se vio anteriormente, el uso de distintas definiciones operacionales de la deserción en estudios pasados ha dificultado su comparación y contribuido a resultados inconsistentes. Por ello, en vez de establecer cuál es la definición más adecuada, en el presente estudio la deserción se midió de diversas formas con el afán de obtener un panorama más amplio de este fenómeno.

Así, en la presente investigación se emplean las siguientes definiciones:

*Paciente finalizador*: Paciente que luego de haber asistido a una o más sesiones acudió de forma constante a su tratamiento y lo concluyó, debido a que acudió a la última sesión programada.

*Paciente desertor*: Paciente que luego de haber asistido a una o más sesiones,

- a) dejó de asistir sin previo aviso a su tratamiento y se rehusó a reanudarlo luego de contactarlo vía telefónica, o
- b) decidió suspender su tratamiento por propia iniciativa, temporal o definitivamente, con o sin previo aviso.

(Baekeland y Lundwall, 1975)



Además se distingue entre los siguientes tipos de desertores:

- ☞ *Desertor inmediato* → Deserta después de la primera sesión.
- ☞ *Desertor rápido* → Deserta entre la segunda y la quinta sesión (dentro del primer mes).
- ☞ *Desertor tardío* → Deserta a partir de la sexta sesión (entre dos y seis meses).

(Baekeland y Lundwall, 1975)

## 2. Participantes

Los participantes fueron pacientes niños, adolescentes y adultos atendidos en el Centro Comunitario de Apoyo Psicológico (C.C.A.P.) “Los Volcanes” durante el periodo comprendido entre abril de 2005 y septiembre de 2007, por lo que se abarcó cerca de dos años de servicio psicológico. Se obtuvo una muestra inicial de 336 pacientes, de los cuales 183 (54%) desertaron, 67 (20%) finalizaron, 73 (22%) fueron canalizados a otra institución para recibir otra atención especializada y 13 (4%) fueron rechazados como pacientes potenciales por tener una demanda inadecuada. Sin embargo, para fines de este estudio se excluyeron los pacientes canalizados y rechazados, y solamente se incluyeron a los pacientes que en el momento de la captura de datos ya no estaban recibiendo la atención psicológica en el C.C.A.P. “Los Volcanes”, ya sea porque finalizaron o desertaron de su tratamiento.

Así, la muestra de esta investigación se compone solamente de pacientes desertores y finalizadores (N = 250) como se expone a continuación (ver Tabla 3):

**TABLA 3.** Número y Porcentaje de Pacientes que Conforman la Muestra por Subgrupos de EDAD y DESERTORES o FINALIZADORES

Muestra Total	Niños (2 - 11 años)		Adolescentes (12 - 20 años)		Adultos ( > 21 años)		N Total	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>Desertores</b>	50	27	56	31	77	42	183	73
<b>Finalizadores</b>	23	34	21	31	23	34	67	27
<b>N Total</b>	73	29	77	31	100	40	250	100

De esta muestra total, 133 (53%) eran mujeres, 117 (47%) eran hombres y el rango de edad fue de 2-86 años, con una media de aproximadamente 20 años. Los desertores asistieron en promedio a 3.2 sesiones y los finalizadores a 9.3 sesiones en promedio.

Al separar a los desertores por tipos (ver Tabla 4), resalta que la mayoría son desertores rápidos (n = 101, lo cual corresponde a 55%).

**TABLA 4.** Número y Porcentaje de Pacientes Desertores por Subgrupos de EDAD y TIPOS DE DESERTORES

Tipos de Desertores	Niños (2 - 11 años)		Adolescentes (12 - 20 años)		Adultos ( > 21 años)		N Total	%
	N	%	N	%	N	%		
<b><i>Desertores Inmediatos (1 sesión)</i></b>	17	32	14	26	22	42	53	29
<b><i>Desertores Rápidos (2-5 sesiones)</i></b>	25	25	30	30	46	45	101	55
<b><i>Desertores Tardíos (&gt; 6 sesiones)</i></b>	8	29	12	42	9	29	29	16
<i>N Total</i>	50	27	56	31	77	42	183	100

El seguimiento de los pacientes desertores se llevó a cabo con 52 pacientes, siendo esto el 28% de la muestra total (n = 183).

El muestreo utilizado fue no probabilístico accidental, dado que se incluyeron por conveniencia todos los pacientes del C.C.A.P. “Los Volcanes” cuyos expedientes estaban disponibles.

### **3. Instrumentos**

#### **☞ Cuestionario de Entrevista Inicial del C.C.A.P. “Los Volcanes”**

Este cuestionario, que se aplica a todos los pacientes de nuevo ingreso en su primera sesión (ver Anexo 1), abarca datos sociodemográficos, antecedentes laborales o escolares, historia familiar y social, motivo de consulta, etc.. De aquí se obtuvieron los datos de las siguientes variables para la muestra total de desertores y finalizadores (N = 250):

#### *1. Variables sociodemográficas*

- a) Sexo (género masculino o femenino).
- b) Edad (edad cronológica en la primera sesión).
- c) Escolaridad (primaria, secundaria / estudios técnicos, CCH / preparatoria o licenciatura; en el caso de niños y adolescentes además se registró la escolaridad de su padre o tutor).
- d) Estado civil (soltero, casado, separado, divorciado, unión libre o viudo).
- e) Ocupación (estudiante o desertor escolar, empleado o desempleado, pensionado, etc.).
- f) Ingreso económico (cantidad mensual de pesos mexicanos de la cual se dispone en el hogar del paciente para la subsistencia de sus habitantes).

## 2. Variables clínicas

- a) Motivo de consulta – *Pre-Tratamiento* (problema para el cual solicita el servicio psicológico del C.C.A.P. “Los Volcanes” registrado en su expediente por el terapeuta correspondiente después de la primera sesión).
- b) Tratamiento previo (búsquedas previas de ayuda para el problema por el cual acude al C.C.A.P. “Los Volcanes”; tipo y duración del tratamiento).
- c) Satisfacción con su estilo de vida<sup>1</sup> - *Pre-Tratamiento* (escala tipo Likert con las opciones de respuesta 1 = Muy insatisfecho a 5 = Muy satisfecho).
- d) Gravedad del problema – *Pre Tratamiento* (escala tipo Likert con las opciones de respuesta 1 = Muy leve a 5 = Muy grande).
- e) Impacto del problema en distintas áreas: amistades, laboral, familiar, académica y sexual (escala de calificación con las puntuaciones de 0 = Nada a 10 = Totalmente; un impacto *significativo* se considera como un puntaje > 5).
- f) Fuente de referencia (persona que refiere al paciente a solicitar el servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”: paciente mismo, padres, familiares, escuela

---

<sup>1</sup> En el presente estudio la satisfacción con su estilo de vida se considera como una variable que posiblemente se relaciona con la motivación del paciente por superar sus problemas y por ende permanecer en su tratamiento, ya que denota su bienestar en términos generales.

o trabajo, médico, etc.).

#### ☞ Expediente Clínico

Este expediente contiene datos acerca del motivo de consulta (origen, desarrollo, características, etc.) y el tratamiento correspondiente de cada paciente del C.C.A.P. “Los Volcanes”. De aquí se extrajo la siguiente información para la muestra total (N = 250):

##### *1. Variables clínicas*

- a) Número de sesiones asistidas (número total de sesiones a las que asistió el paciente mientras recibió el servicio psicológico del C.C.A.P. “Los Volcanes”).
- b) Tipo de paciente (desertor o finalizador).
- c) Tipo de desertor (inmediato, rápido o tardío).

##### *2. Variables relacionadas al terapeuta*

- a) Sexo (género masculino o femenino).
- b) Nivel de experiencia (pasante o docente).

#### ☞ Cuestionario de Motivos de Deserción del C.C.A.P “Los Volcanes”

Este cuestionario (ver Anexo 2) diseñado especialmente para el presente estudio se aplicó a forma de seguimiento vía telefónica sólo a los pacientes desertores (n = 183, de los cuales se localizaron a 57, es decir a 28%). En el caso de desertores niños y adolescentes (menores de 18 años), el cuestionario se aplicó al padre o tutor que dio su consentimiento para recibir la atención psicológica. A pesar de que las preguntas de este cuestionario tienen opciones de respuestas predeterminadas que se diseñaron considerando la literatura especializada, muchas se preguntaron de forma abierta para no sesgar o guiar las respuestas del paciente. De aquí se obtuvieron las siguientes variables:

##### *1. Variables clínicas de seguimiento*

- a) Motivo de consulta – *Post-Tratamiento* (problema para el cual el paciente recuerda haber solicitado el servicio del C.C.A.P “Los Volcanes” que puede o no coincidir con el *Motivo de consulta – Pre-Tratamiento*).
- b) Cambio en el motivo de consulta (mejoró/empeoró mucho, moderadamente o poco, o no ha cambiado después del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”).
- c) Atribución del cambio en el motivo de consulta (por el tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”, el propio esfuerzo o la ayuda de otros, cambios circunstanciales, etc.).
- d) Tratamiento posterior (búsquedas de ayuda posteriores al tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” para su motivo de consulta; tipo de tratamiento).
- e) Satisfacción con el estilo de vida – *Post-Tratamiento* (escala tipo Likert con las opciones de respuesta 1 = Muy insatisfecho a 5 = Muy satisfecho).
- f) Gravedad del problema – *Post-Tratamiento* (escala tipo Likert con las opciones de respuesta 1 = Muy leve a 5 = Muy grande, más la opción de 0 = Ya no lo tengo / se resolvió).
- g) Motivos de deserción (sentir mejoría, no sentir mejoría, insatisfacción con el trato del terapeuta u obstáculos ambientales).

## 2. Variables del servicio

- a) Satisfacción con los servicios recibidos (escala tipo Likert con las opciones de respuesta 1 = Muy insatisfecho a 5 = Muy satisfecho).
- b) Disposición de volver a solicitar los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes”.
- c) Disposición de recomendar los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” a otros.
- d) Aspectos que más y que menos le gustaron del C.C.A.P. “Los Volcanes” (pregunta abierta).
- e) Recomendaciones para mejorar el servicio (pregunta abierta).

Antes de comenzar con el seguimiento per se, se realizó la validación por expertos de este cuestionario con ayuda de diez estudiantes pasantes de licenciatura y diez psicólogos clínicos certificados, todos con experiencia clínica. Posteriormente se hizo el piloteo del cuestionario con una muestra de pacientes desertores que no habían contestado a los reactivos *Gravedad del Problema – Pre-Tratamiento* y *Satisfacción con el estilo de vida – Pre-Tratamiento* del Cuestionario de Entrevista Inicial del C.C.A.P. “Los Volcanes” (n = 48, de los cuales se localizaron a 10 pacientes).

En cuanto a la validez de este cuestionario, se realizaron grabaciones digitales de todas las llamadas de seguimiento y posteriormente se eligieron diez entrevistas telefónicas al azar (en base a la *Tabla de Números Aleatorios* en Ritchey, 2002; pág. 579). Posteriormente, cada una de esas entrevistas se registraron de forma independiente por dos psicólogos titulados con experiencia clínica en un Cuestionario de Motivos de Deserción del C.C.A.P en blanco (ver Anexo 2) con el propósito de llevar a cabo la confiabilidad de registro (en la cual participaron 10 psicólogos en total). El acuerdo entre los observadores fue entre 83 y 100% en cada una de las entrevistas grabadas (Kazdin, 1996).

#### **4. Escenario**

El C.C.A.P. “Los Volcanes” es una institución apoyada por la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) que atiende a niños, adolescentes y adultos (en su mayoría de nivel socioeconómico y educativo bajo) y que proporciona diversos tipos de atención psicológica (por ejemplo psicodiagnóstico, juego diagnóstico, psicoterapia individual o grupal, talleres especializados en temáticas relevantes para la comunidad, etc.) por un costo de recuperación de \$50.

Este Centro sigue un modelo de servicio social, por lo que la mayoría de los pacientes son atendidos por estudiantes de semestres avanzados o pasantes de licenciatura de Psicología que realizan servicios sociales, prácticas profesionales o voluntariados en dicho Centro. Las actividades de estos estudiantes son supervisadas periódicamente por psicoterapeutas certificados y a la vez docentes de la Facultad de Psicología, U.N.A.M., aunque cabe mencionar que sobre todo durante el primer año de actividades del C.C.A.P. “Los Volcanes” ha habido cambios directivos y administrativos que han afectado a estas

supervisiones tanto en su calidad como en su frecuencia. Aproximadamente 91% de los pacientes fueron atendidos por estudiantes jóvenes del sexo femenino, mientras que sólo cerca de 8% fueron vistos por alguno de los terapeutas certificados, por estudiantes jóvenes del sexo masculino o por estudiantes del sexo femenino de mayor edad que aparentaban ser terapeutas certificados (aunque tenían la misma experiencia que los otros estudiantes).

Debido a la gran demanda de sus servicios (sin lista de espera), en el C.C.A.P. “Los Volcanes” se suelen manejar tratamientos breves con un máximo de 12-14 sesiones semanales planeadas, aunque en general no se usan manuales estructurados de tratamiento y los enfoques teóricos dependen de los conocimientos y las preferencias tanto del estudiante como de su supervisor, los principales siendo el psicodinámico, el cognitivo-conductual y el sistémico.

Los casos que se rechazan en el C.C.A.P. “Los Volcanes” suelen ser aquellos que requieren de atención especializada con la cual no se cuenta (por ejemplo, trastornos psiquiátricos, abuso severo de drogas y/o alcohol, asesoría legal, problemas que requieren un tratamiento psicoterapéutico profundo y prolongado, etc.) o que presentan una demanda poco clara, inadecuada o inexistente.

### ***5. Procedimiento***

Luego de capturar los datos del Cuestionario de Entrevista Inicial del C.C.A.P “Los Volcanes” y del Expediente Clínico de la muestra total (N = 250), se contactó a los pacientes desertores (n = 183) vía telefónica y se les invitó a participar en una breve entrevista con objeto de evaluar los servicios del C.C.A.P. “LOS VOLCANES”. Se les explicó la importancia de su participación, la confidencialidad de la información que proporcionarían y la opción de grabar su entrevista con su consentimiento. Luego se prosiguió a aplicarles verbalmente los reactivos del Cuestionario de Motivos de Deserción del C.C.A.P (ver Anexo 2). La aplicación de este seguimiento telefónico se realizó en octubre de 2007.

## VII. RESULTADOS

Los datos que se obtuvieron en la presente investigación se presentan en tres apartados:

### Resultados Globales

Abarcan a la muestra total de pacientes de este estudio (N = 250) y se presentan las variables sociodemográficas y clínicas descritas anteriormente.

### Resultados de Desertores y Finalizadores

La muestra total de pacientes se separa en pacientes desertores y pacientes finalizadores, a los cuales se compara y analiza como:

- a) Muestra combinada<sup>1</sup>
  - ☞ Desertores (n = 183) y finalizadores (n = 67).
  
- b) Submuestras de edad
  - ☞ Niños desertores (n = 50) y niños finalizadores (n = 23).
  - ☞ Adolescentes desertores (n = 56) y adolescentes finalizadores (n = 21).
  - ☞ Adultos desertores (n = 77) y adultos finalizadores (n = 23).

Nuevamente se presentan las variables sociodemográficas y clínicas de estos pacientes.

### Resultados de Tipos de Desertores

Los pacientes desertores (n = 183) se separan en tipos de desertores, a los cuales se compara y analiza como:

- a) Muestra completa del seguimiento (n<sub>Seguimiento</sub> = 52)
  
- b) Muestra combinada dividida por tipos de desertores

---

<sup>1</sup> No se separa en submuestras en función de la edad.



- ☞ Desertores inmediatos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 11$ ) y desertores rápidos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 27$ ) y desertores tardíos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 14$ ).

c) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores

- ☞ Niños desertores inmediatos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 3$ ) y rápidos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 4$ ) y tardíos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 3$ ).
- ☞ Adolescentes desertores inmediatos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 5$ ) y rápidos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 12$ ) y tardíos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 7$ ).
- ☞ Adultos desertores inmediatos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 3$ ) y rápidos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 11$ ) y tardíos ( $n_{\text{Seguimiento}} = 4$ ).

Se presentan las variables sociodemográficas, clínicas antes y después del seguimiento, de deserción y del servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes” (las tres últimas se obtuvieron a través del seguimiento). Además, estos pacientes desertores se analizan y comparan como:

d) Muestra combinada dividida por tipos de desertores comparada con la muestra combinada de pacientes finalizadores

- ☞ Desertores inmediatos ( $n = 53$ ) y finalizadores ( $n = 67$ )
- ☞ Desertores rápidos ( $n = 101$ ) y finalizadores ( $n = 67$ )
- ☞ Desertores tardíos ( $n = 29$ ) y finalizadores ( $n = 67$ )

e) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores comparada con las submuestras de edad de pacientes finalizadores

- ☞ Niños desertores inmediatos ( $n = 17$ ) / rápidos ( $n = 25$ ) / tardíos ( $n = 8$ ) y niños finalizadores ( $n = 23$ ).
- ☞ Adolescentes desertores inmediatos ( $n = 14$ ) / rápidos ( $n = 30$ ) / tardíos ( $n = 12$ ) y adolescentes finalizadores ( $n = 21$ ).
- ☞ Adultos desertores inmediatos ( $n = 22$ ) / rápidos ( $n = 46$ ) / tardíos ( $n = 8$ ) y adultos finalizadores ( $n = 23$ ).

Se presentan sólo las variables sociodemográficas y clínicas que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de pacientes.

## 1. Resultados Globales

**TABLA 5.** Número y Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y NÚMERO DE SESIONES

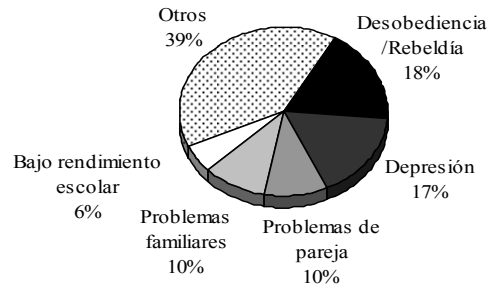
Variables Sociodemográficas	Muestra Completa (2 - 86 años)			
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	133	53		
Masculino	117	47		
<b>Edad</b> (MEDIA ± DE)	20.7 ± 14.2 años			
<b>Ingreso</b> (MEDIA ± DE)	\$3,171 ± \$1,963			
<b>Escolaridad</b>				
Preescolar	14	6		
Primaria	80	32		
Secundaria	87	35		
CCH/Preparatoria	44	18		
Licenciatura	21	9		
Sin escolaridad	1	0		
<b>Número de Sesiones</b> (MEDIA ± DE)	4.8 ± 4.1			
<b>Estado Civil</b>				
Casado	40	16		
Separado	13	5		
Unión libre	23	9		
Soltero	165	67		
Divorciado	4	2		
Viudo	3	1		
<b>Ocupación</b>				
Estudia	132	54		
Trabaja	60	25		
Estudia y trabaja	6	2		
Desempleado	39	16		
Deserción escolar	2	1		
Pensionado	2	1		
No aplica	2	1		
<b>N Total</b>	<b>250</b>	<b>100</b>		

Como se puede observar en la Tabla 5, la muestra total de pacientes de este estudio se conforma por sujetos de proporciones similares de ambos sexos (cerca del 50%) que en su mayoría provienen de un nivel socioeconómico y educativo bajo (ingreso mensual promedio de aproximadamente \$3000 pesos mensuales y 35% sólo estudió hasta la Secundaria). Más de la mitad de los sujetos son solteros, la mayoría estudia (54%) o trabaja (25%) y su promedio de número de sesiones asistidas en el C.C.A.P. “Los Volcanes” es de aproximadamente 5 sesiones.

Aunque existe una gran gama de problemas por los cuales acuden estos pacientes, los principales motivos de consulta son la desobediencia o rebeldía y la depresión (cerca de 20% cada uno) (ver Figura 1).

**FIGURA 1.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de los Principales MOTIVOS DE CONSULTA

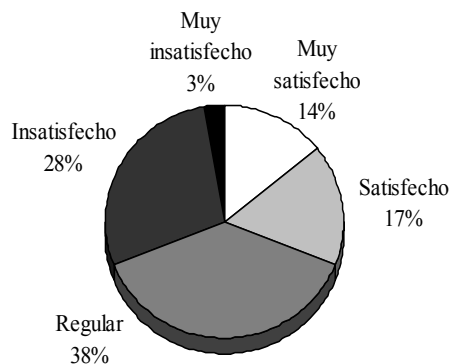
**Principales Motivos de Consulta - MUESTRA COMPLETA**



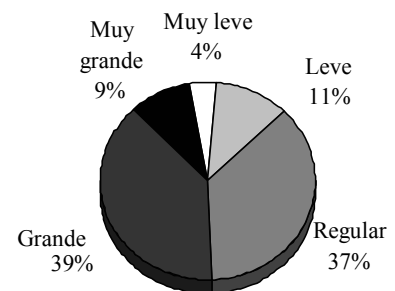
Además, 30% de estos pacientes se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos con su vida al momento de solicitar el servicio del Centro, y cerca del 40% califica su problema como grande (ver Figura 2).

**FIGURA 2.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA y su GRAVEDAD DEL PROBLEMA

**Satisfacción con su Estilo de Vida - MUESTRA COMPLETA**

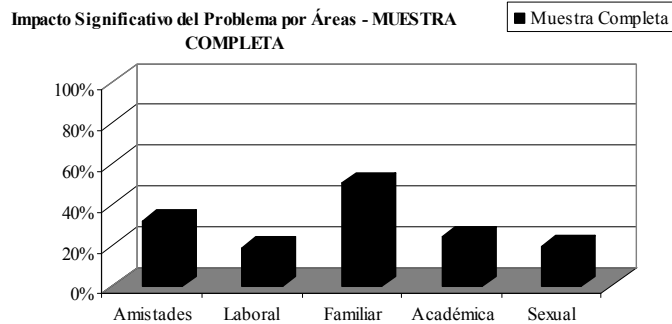


**Gravedad del Problema - MUESTRA COMPLETA**

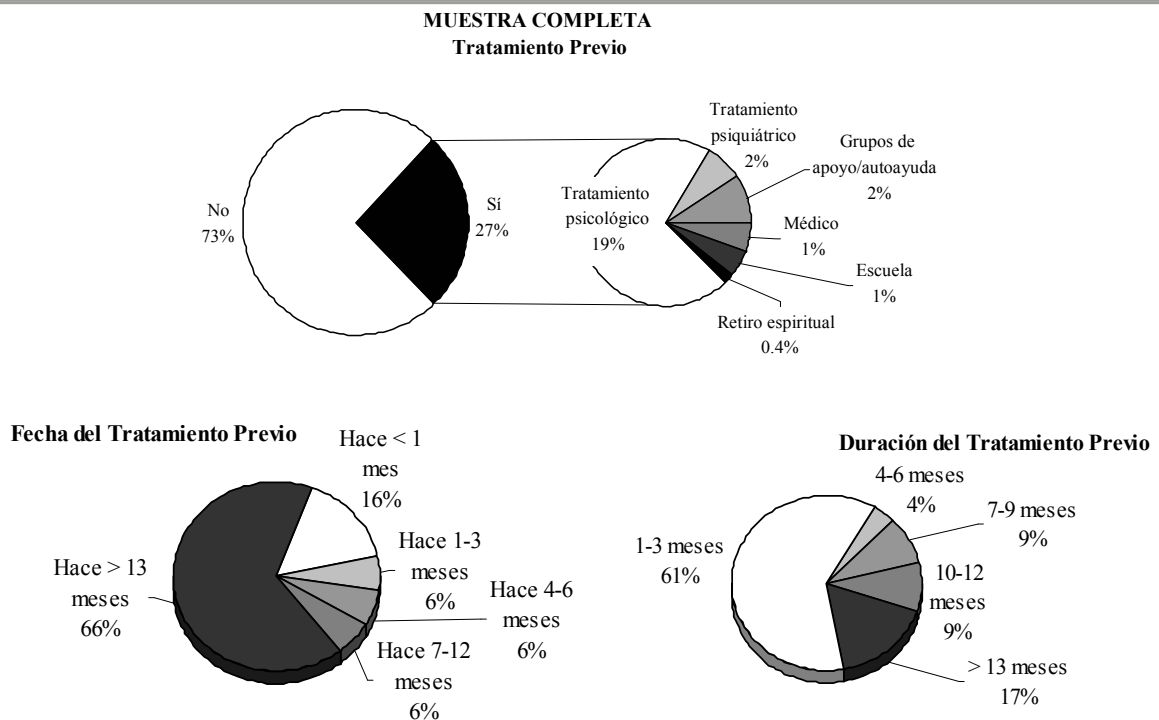


Los problemas que aquejan a esta muestra de pacientes suelen afectarles significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) más que nada en sus relaciones con familiares y amistades (casi 60%) y en su vida académica (17%) (ver Figura 3).

**FIGURA 3.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DEL PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



**FIGURA 4.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de un posible TRATAMIENTO PREVIO para su Problema y el Tipo, la Duración y la Fecha del Mismo



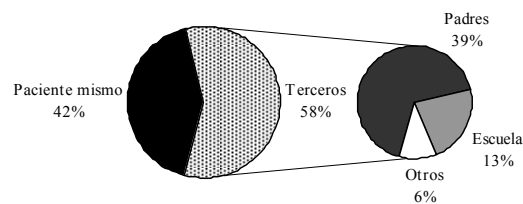
Cerca de un tercio de los pacientes ya ha buscado ayuda anteriormente para su problema (ver Figura 4); de estos, casi 20% ha tenido algún tipo de tratamiento psicológico (individual, de pareja, familiar, etc.), 2% ha tenido un tratamiento psiquiátrico y otro 2% ha asistido a grupos de apoyo o autoayuda. Más de la mitad de los pacientes que han tenido este

tratamiento previo lo recibieron hace más de un año, aunque aproximadamente 15% lo obtuvieron a menos de un mes de solicitar el servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”. Asimismo, este tratamiento previo generalmente era ya sea de corta duración (para aproximadamente 60% fue de 1 a 3 meses) o de larga duración (20% lo recibió durante más de un año).

Mientras que aproximadamente 40% de los pacientes acude al C.C.A.P. “Los Volcanes” por propia iniciativa (es decir que son autoreferidos), cerca del 60% acude por el deseo de terceras personas, siendo estas con frecuencia sus padres (39%) o su escuela (13%) (ver FIGURA 5).

**FIGURA 5.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de su FUENTE DE REFERENCIA al servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”.

Fuente de Referencia - MUESTRA COMPLETA



Al analizar las dos variables respecto a los terapeutas (sexo y nivel de experiencia) resalta que aunque la mayoría de los pacientes (90%) fueron atendidos por estudiantes sin experiencia del sexo femenino, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estas variables, pues el índice de deserción es de 71% en los docentes, de 73% en los estudiantes jóvenes y de 77% en los estudiantes mayores. Además, tampoco se encontraron diferencias significativas en los distintos grupos analizados más adelante, por lo que no se expondrán más datos sobre las variables del terapeuta.

## 2. Resultados de Desertores y Finalizadores

### a) Muestra combinada

La Tabla 6 representa los datos sociodemográficos de la muestra total de pacientes separada en 183 desertores (73%) y 67 finalizadores (27%). En general, no parece haber grandes diferencias entre estos dos grupos de pacientes, pues tanto desertores como finalizadores muestran similares proporciones de ambos sexos (cerca del 50%), promedios de edad (alrededor de los 20 años), máximo nivel de estudios (predomina Primaria y Secundaria con más de 30% en cada uno), estado civil más frecuente (65-70% son solteros) y ocupación más común (alrededor del 55% son estudiantes).

**TABLA 6.** Número y Porcentaje de Pacientes *DESERTORES* y *FINALIZADORES* en función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y NÚMERO DE SESIONES

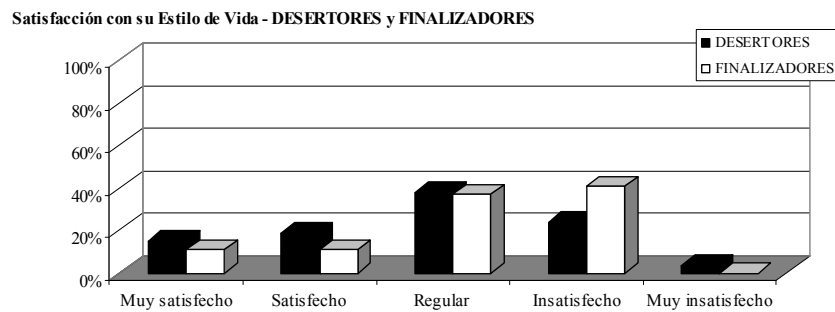
Variables Sociodemográficas	Desertores (2 - 86 años)		Finalizadores (4 - 68 años)		Desertores (2 - 86 años)		Finalizadores (4 - 68 años)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	<b>Sexo</b>								
Femenino	97	53	36	54	<b>Edad</b> (MEDIA ± DE)		20.9 ± 14.0 años		
Masculino	86	47	31	46	<b>Ocupación</b>				
<b>Escolaridad</b>					Estudia	90	50	42	63
Preescolar	10	6	4	6	Trabaja	50	28	10	15
Primaria	56	31	24	36	Estudia y trabaja	5	3	1	1
Secundaria	67	37	20	30	Desempleado	25	14	14	21
CCH/Preparatoria	32	18	12	18	Deserción escolar	2	1	0	0
Licenciatura	14	8	7	10	Pensionado	2	1	0	0
Sin escolaridad	1	1	0	0	No aplica	7	4	0	0
<b>Estado Civil</b>					<b>Ingreso</b> (MEDIA ± DE)	\$3,299 ± \$1,976		\$2,738 ± \$1,909	
Casado	31	17	9	13	<b>Número de Sesiones</b> (MEDIA ± DE)	3.2 ± 2.4		9.3 ± 4.3	
Separado	8	4	5	7	<b>N Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
Unión libre	17	9	6	9					
Soltero	118	65	47	70					
Divorciado	4	2	0	0					
Viudo	3	2	0	0					

Aunque no significativamente, estos dos grupos parecen diferir ligeramente en cuanto al ingreso mensual, pues los pacientes desertores cuentan con un mayor ingreso económico que los finalizadores (aproximadamente \$3,300 en comparación con \$2,700). La diferencia

más notoria entre estos pacientes es que los finalizadores acudieron a significativamente más sesiones en el C.C.A.P. “Los Volcanes” ( $Z = -9,455$ ;  $\alpha = ,000$ ) ya que asistieron a 9 sesiones en promedio, siendo esto al menos el triple de asistencia de los desertores (3 sesiones en promedio). Además se encontró una correlación significativa entre el número de sesiones asistidas y la escolaridad de los pacientes desertores ( $\rho = - ,169$ ;  $\alpha = ,023$ ), es decir que mientras más bajo es su nivel educativo asisten a un mayor número de sesiones.

En cuanto a los motivos de consulta más frecuentes se obtuvo que los pacientes desertores y finalizadores muestran datos muy parecidos tanto en la cantidad de diferentes motivos de consulta que identifican (desertores = 40; finalizadores = 38) como en los porcentajes de los principales problemas que reportan, los cuales se asemejan a los expuestos anteriormente en la muestra total de pacientes (ver Figura 1).

**FIGURA 6.** Porcentaje de Pacientes *DESERTORES* y *FINALIZADORES* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA

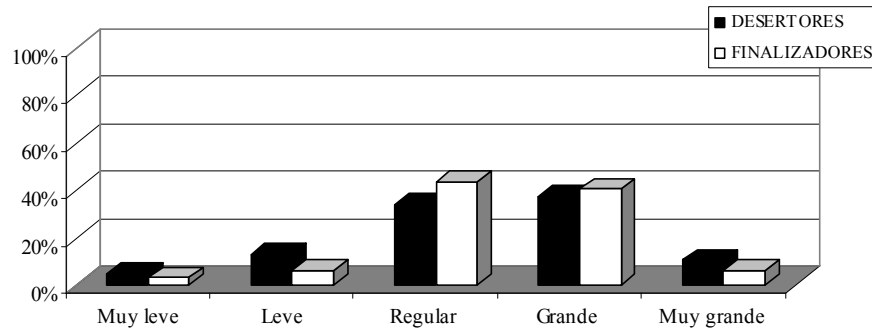


La mayoría de los pacientes finalizadores se sienten insatisfechos (casi 40%) o regular (35%) con respecto a su vida, en contraste con la mayoría de los desertores que se sienten regular (35%) y en menor medida insatisfechos (20%) (ver Figura 6).

En cuanto a la gravedad de su problema (ver Figura 7), tanto desertores como finalizadores generalmente lo perciben como regular (30-40%) o grande (aproximadamente 35%).

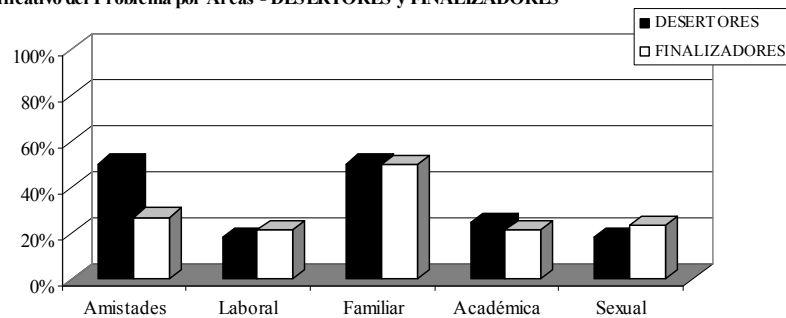
**FIGURA 7.** Porcentaje de Pacientes *DESERTORES* y *FINALIZADORES* en Función de la GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Gravedad del Problema - *DESERTORES* y *FINALIZADORES*



**FIGURA 8.** Porcentaje de Pacientes *DESERTORES* y *FINALIZADORES* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas

Impacto Significativo del Problema por Áreas - *DESERTORES* y *FINALIZADORES*



Tanto en pacientes tanto finalizadores como desertores las áreas en las que más les suele afectar significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) su problema son las relacionadas a la familia (alrededor de 50%) y a las amistades (20% de finalizadores y 50% de desertores) (ver Figura 8).

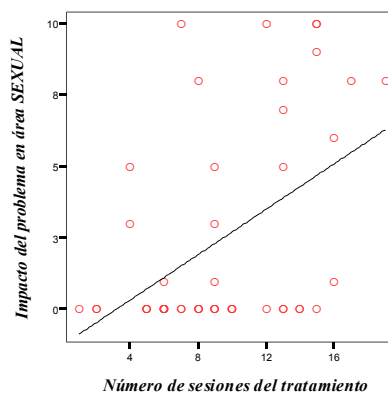
Además, en los pacientes finalizadores mientras mayor es el impacto de su problema en el área sexual acuden a más sesiones (tomando en cuenta la escala completa de 0 a 10), pues se encontró tanto una correlación ( $\rho = ,468$ ;  $\alpha = ,003$ ) como una regresión significativa (Ecuación de regresión =  $- 1,26 + ,40 * \text{número de sesiones}$ ;  $R^2 = ,22$ , es decir



22% de la varianza explicada) entre ambas variables (ver Figura 9). Los pacientes desertores, a su vez, tienen una correlación significativa entre su número de sesiones asistidas y el impacto del problema en el área laboral (escala de 0 a 10) ( $\rho = - ,214$ ;  $\alpha = ,014$ ), pues mientras mayor es el impacto en esta área asisten a un menor número de sesiones.

**FIGURA 9.** Regresión Lineal entre el Número de Sesiones Asistidas y el IMPACTO DE SU PROBLEMA EN EL ÁREA SEXUAL (escala de 0-10) en Pacientes *FINALIZADORES*

Impacto del problema en el área SEXUAL = - 1,26 + 0,40 \* sesiones  
R cuadrada = 0,22

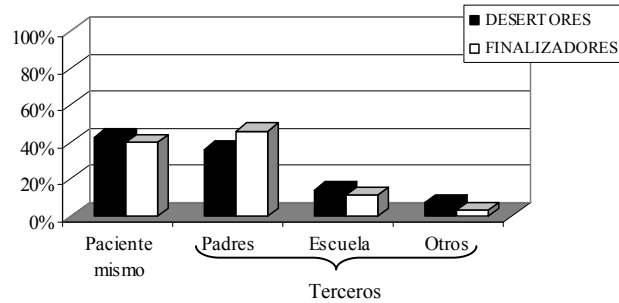


Aproximadamente 30% tanto de pacientes desertores como de finalizadores han tenido algún tipo de tratamiento o ayuda previa para su problema antes de acudir al C.C.A.P. “Los Volcanes” y estos datos son muy similares a los expuestos anteriormente en la muestra total de pacientes (ver Figura 4). Sin embargo, el tratamiento previo de los desertores duró significativamente menos que el de los finalizadores ( $\chi^2 = 11,666$ ;  $\alpha = ,040$ ), pues mientras que el tratamiento de 72% de los desertores duró menos de tres meses, el de 40% de finalizadores duró más de siete meses. En ambos grupos este tratamiento generalmente se recibió hace más de un año (54% de los desertores y 100% de los finalizadores).

Nuevamente, cerca del 40% de tanto pacientes desertores y finalizadores son autoreferidos (ver Figura 10), aunque se observa cierta diferencia entre estos dos grupos en cuanto a ser referidos por sus padres, ya que un mayor porcentaje de finalizadores acude por esta razón (poco más de 40%), en comparación con los desertores (aproximadamente 35%).

**FIGURA 10.** Porcentaje de Pacientes *DESERTORES* y *FINALIZADORES* en Función de su FUENTE DE REFERENCIA al servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”.

Fuente de Referencia - DESERTORES y FINALIZADORES



b) Submuestras de edad

*Niños*

Al comparar a los niños desertores ( $n = 50$ ; 69%) con los niños finalizadores ( $n = 23$ ; 31%) (ver Tabla 6), resalta que no existen diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas o clínicas entre estas dos submuestras. Solamente en cuanto al número de sesiones asistidas, como es de esperarse, se encuentran diferencias significativas ( $Z = -4,030$ ;  $\alpha = ,000$ ) ya que los desertores asistieron a 3.6 sesiones mientras que los finalizadores a 8.7 en promedio, lo cual es más del doble de sesiones que los niños desertores.

En ambos grupos existe una proporción ligeramente mayor del sexo masculino (65-70%); el promedio de edad es entre siete y ocho años; el nivel educativo predominante es de Primaria para los niños (82%) y de Secundaria para sus respectivas madres (45 a 50%); la mayoría de los padres de estos niños están casados o en unión libre (alrededor de 80%) y el ingreso económico promedio es de \$2,500 a \$3,500 mensuales.

Los principales motivos de consulta por los que asisten estos niños al C.C.A.P. “Los Volcanes” son desobediencia o rebeldía (30%), problemas escolares, miedos y enuresis (alrededor del 10% cada uno). En ambas submuestras cerca del 20% de los niños ya ha recibido ayuda para su problema anteriormente, en su mayoría de tipo psicológica aunque la duración y la fecha de este tratamiento previo varían en ambos grupos. A excepción de dos

niños desertores, ambos grupos son traídos al servicio psicológico por el deseo de terceras personas, sobre todo por sus padres (más del 80%).

**TABLA 7.** Número y Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *NIÑOS* en función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y CLÍNICAS

<b>NIÑOS</b>									
Variables Sociodemográficas	Desertores (2 - 11 años)		Finalizadores (4 - 11 años)		Variables Clínicas	Desertores (2 - 11 años)		Finalizadores (4 - 11 años)	
	N	%	N	%		N	%	N	%
<b>Sexo</b>					<b>Motivos de Consulta</b>				
Femenino	18	36	7	30	Desobediencia/rebeldía	15	31	7	30
Masculino	32	64	16	70	Problemas escolares	6	12	1	4
<b>Edad</b> (MEDIA ± DE)	7.4 ± 2.4 años		8.2 ± 2.1 años		Miedos	2	4	3	13
<b>Escolaridad</b>					Enuresis	3	6	3	13
Preescolar	9	18	4	17	<b>Tratamiento Previo</b>				
Primaria	41	82	19	83	Sí	10	23	4	20
<b>Escolaridad MADRE</b>					*Psicoterapia	8	100	3	75
Primaria	10	29	6	33	*Médico	0	0	1	25
Secundaria	15	44	9	50	No	33	77	16	80
CCH/Preparatoria	6	18	2	11	<b>Duración del Tratamiento Previo</b>				
Licenciatura	2	6	0	0	1-3 meses	3	75	0	0
Sin escolaridad	1	3	1	6	10-12 meses	1	25	0	0
<b>Estado Civil PADRES</b>					<b>Fecha del Tratamiento Previo</b>				
Con pareja*	31	76	16	89	Hace < 1 mes	1	33	1	33
Sin pareja**	10	24	2	11	Hace 7-12 meses	1	33	1	33
<b>Ocupación</b>					Hace > 13 meses	1	33	1	33
Estudia	43	86	23	100	<b>Fuente de Referencia</b>				
No aplica	7	14	0	0	Autoreferido	2	4	0	0
<b>Ingreso</b> (MEDIA ± DE)	\$2,558 ± \$1,636		\$3,460 ± \$2,632		Terceros	44	96	21	100
					*Padres	36	82	18	86
					*Escuela	8	18	3	14
					<b>Número de Sesiones</b> (MEDIA ± DE)	3.6 ± 2.9		8.7 ± 4.8	
					<b>N Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

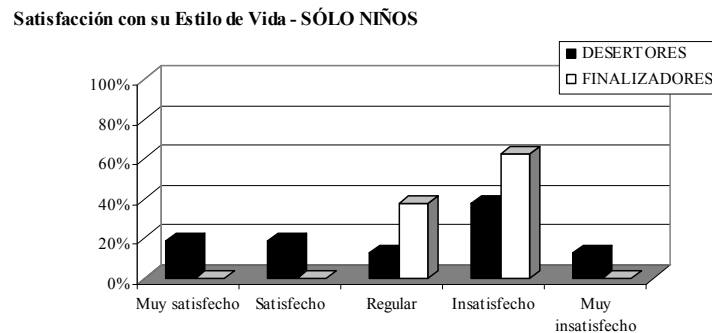
\*Casado o unión libre

\*\*Soltero, separado o divorciado

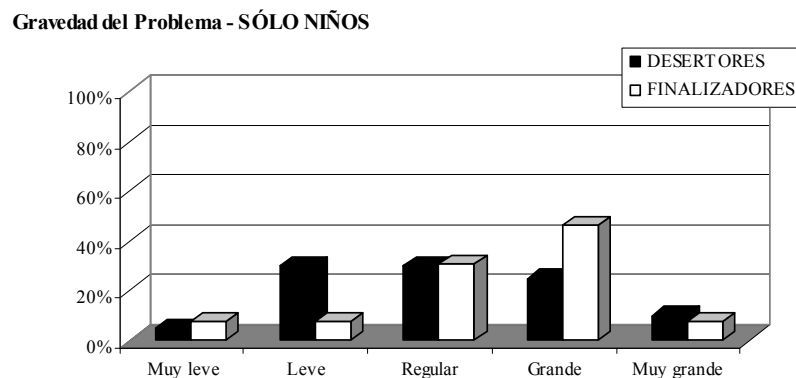
En general, resalta que todos los niños finalizadores se sienten insatisfechos (aproximadamente 60%) o regular (aproximadamente 30%) con su vida al momento de solicitar la atención psicológica (ver Figura 11). Los niños desertores, por el contrario, se sienten desde muy satisfechos hasta muy insatisfechos en porcentajes similares (entre 10 y 20%) y solamente la opción de *insatisfecho* presenta un porcentaje ligeramente superior

(aproximadamente 35%). A pesar de estos contrastes visibles, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas submuestras en cuanto a esta variable.

**FIGURA 11.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *NIÑOS* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA

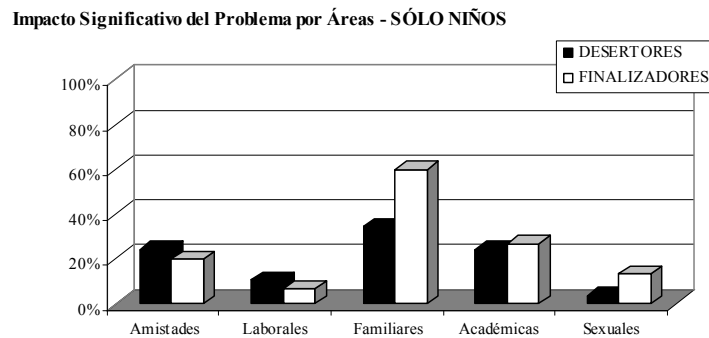


**FIGURA 12.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *NIÑOS* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA



Como se observa en la Figura 12, el problema de los niños finalizadores suele ser calificado como grande (40%) o regular (30%). En contraste, el problema de los niños desertores tiende a evaluarse como leve o regular (casi 30% cada uno) y en menor medida como grande (cerca de 20%), pero estas diferencias no son significativas.

**FIGURA 13.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores NIÑOS en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



Por último (ver Figura 13), el problema para el cual se solicita el servicio psicológico para los niños en general suele afectarles significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en aspectos relacionados a la familia, la escuela y los amigos. Aunque se nota que en general hay un mayor porcentaje de finalizadores con problemas de mayor impacto, estas diferencias no son significativas; sin embargo, los niños finalizadores presentan una correlación significativa entre el número de sesiones asistidas y el impacto de su problema en el área sexual (al considerar la escala completa de 0 a 10) ( $\rho = ,548$ ;  $\alpha = ,034$ ), por lo que asisten a más sesiones y tienen una mayor probabilidad de terminar su tratamiento cuando tienen un problema de gran impacto en esta área.

### *Adolescentes*

Los adolescentes desertores ( $n = 56$ ; 73%) y adolescentes finalizadores ( $n = 21$ ; 27%) en este estudio tiene características sociodemográficas y clínicas similares (ver Tabla 8). Ambos grupos tienen aproximadamente 14 años de edad en promedio y en su mayoría se componen de pacientes del sexo masculino (más de 60%); la escolaridad más frecuente es de Secundaria tanto para los adolescentes (70-80%) como para sus respectivas madres (entre 60 y 70%); en ambos grupos el ingreso mensual promedio es de \$2,600 aproximadamente; generalmente son solteros (95-100%) y la mayoría de sus padres están casados o en unión libre (alrededor del 70%). Además, tanto los desertores como los finalizadores suelen ser estudiantes (más del 80%), aunque resulta notorio que cuatro adolescentes desertores no

estudian ni trabajan (8% en total) y que no existen pacientes finalizadores con estas características.

**TABLA 8.** Número y Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADOLESCENTES* en función de *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y CLÍNICAS*

<b>ADOLESCENTES</b>									
<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>Desertores (12 - 20 años)</b>		<b>Finalizadores (12 - 20 años)</b>		<b>Variables Clínicas</b>	<b>Desertores (12 - 20 años)</b>		<b>Finalizadores (12 - 20 años)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>				<b>Motivos de Consulta</b>					
Femenino	20	36	8	38	Desobediencia/rebeldía	17	30	6	29
Masculino	36	64	13	62	Problemas familiares	9	16	2	10
<b>Edad (MEDIA ± DE)</b>				<b>Tratamiento Previo</b>					
14.3 ± 2.5 años				14.3 ± 2.4 años					
<b>Escolaridad</b>				<b>Fecha del Tratamiento Previo</b>					
Primaria	7	13	0	0	Hace < 1 mes	1	20	0	0
Secundaria	39	70	17	81	Hace 1-3 meses	1	20	0	0
CCH/Preparatoria	6	11	4	19	Hace > 13 meses	3	60	2	100
Licenciatura	4	7	0	0	<b>Fuente de Referencia</b>				
<b>Escolaridad MADRE</b>				<b>Número de Sesiones (MEDIA ± DE)</b>					
Primaria	12	27	3	19	3.5 ± 2.5				
Secundaria	27	60	11	69	9.1 ± 3.8				
CCH/Preparatoria	4	9	0	0	<b>N Total</b>				
Licenciatura	1	2	1	6	<b>56</b> <b>100</b> <b>21</b> <b>100</b>				
Sin escolaridad	1	2	1	6					
<b>Estado Civil</b>				<b>Ingreso (MEDIA ± DE)</b>					
Soltero	53	95	21	100	\$2,696 ± \$2,158				
Casado	1	2	0	0	\$2,500 ± \$707				
Unión libre	2	4	0	0					
<b>Estado Civil PADRES</b>									
Con pareja*	35	73	12	67					
Sin pareja**	13	27	6	33					
<b>Ocupación</b>									
Estudia	45	82	17	81					
Trabaja	3	5	3	14					
Estudia y trabaja	3	5	1	5					
Desempleado	2	4	0	0					
Deserción escolar	2	4	0	0					
<b>Ingreso (MEDIA ± DE)</b>									
\$2,696 ± \$2,158									

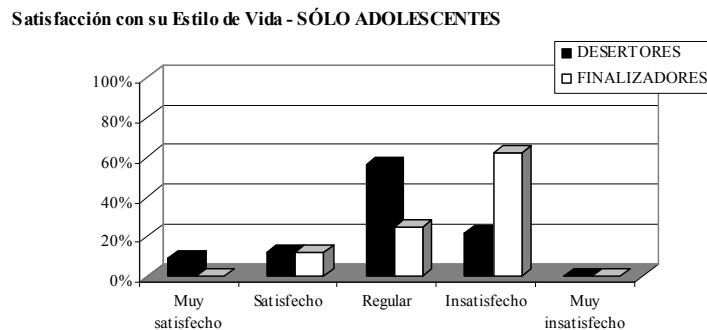
\*Casado o unión libre

\*\*Soltero, separado o divorciado

Los motivos de consulta más comunes son la desobediencia o rebeldía (30%), los problemas familiares (10-16%) y los problemas escolares, los cuales parecen afectar más a

los finalizadores (25% aproximadamente) más que a los desertores (cerca de 10%). Cerca de un tercio de todos los adolescentes ha solicitado algún tipo de ayuda para sus problemas antes de acudir al C.C.A.P. “Los Volcanes”, la mayoría en forma de un tratamiento psicológico (70 a 80% aproximadamente), generalmente de corta duración (50-70%) y que data hace más de un año (60 a 100%). Se observa que cerca de 20% de estos adolescentes solicitan el servicio psicológico por propia iniciativa, mientras que el resto acude principalmente por la solicitud de sus padres y en menor medida por solicitud de su escuela. Las única diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes desertores y finalizadores es el número total de sesiones a las que asisten en el C.C.A.P. “Los Volcanes” ( $Z = - 5,508$ ;  $\alpha = ,000$ ), pues los finalizadores llegan a asistir al doble o triple de sesiones (9) que los desertores (entre 3 y 4 sesiones). Además se encontró una correlación significativa entre el número de sesiones asistidas y la edad de los adolescentes desertores ( $\rho = - ,325$ ;  $\alpha = , 015$ ), por lo que al parecer a menor edad asisten a más sesiones.

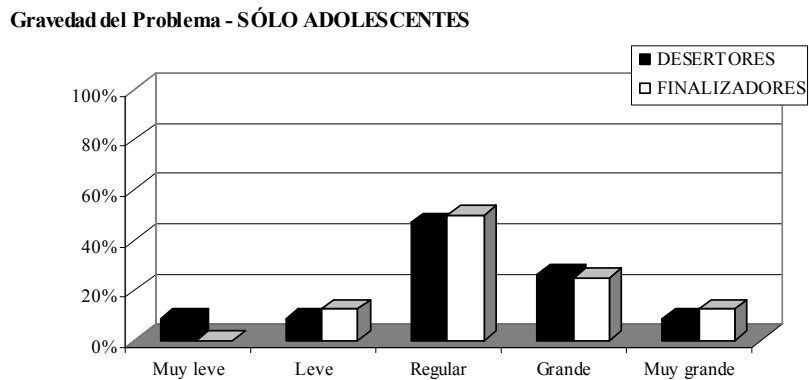
**FIGURA 14.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADOLESCENTES* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA



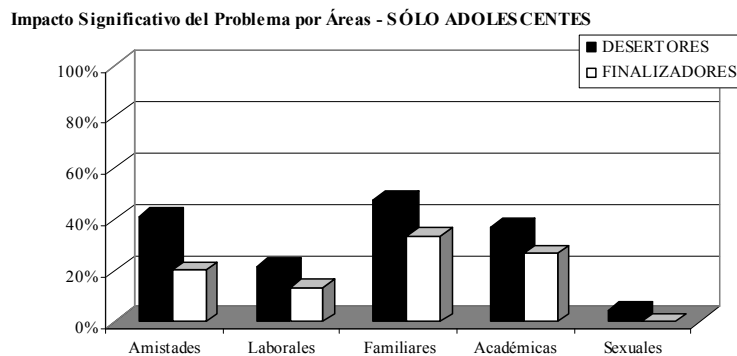
En cuanto a la satisfacción con su vida (ver Figura 14), resulta notorio que la mayoría de los adolescentes desertores (aproximadamente 55%) se sienten regular y en menor medida insatisfechos (20%), mientras que la mayoría de los finalizadores (60%) se sienten insatisfechos y en menor medida regular (poco más de 20%) al ingresar al C.C.A.P. “Los Volcanes”. Si bien estas diferencias entre ambos grupos son visibles no llegan a ser estadísticamente significativas.

Con respecto a la gravedad de su problema, se encuentran patrones muy similares tanto en adolescentes desertores como finalizadores de generalmente calificar su problema como regular (40 a 50%) o grande (cerca del 25%) (ver Figura 15).

**FIGURA 15.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADOLESCENTES* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA



**FIGURA 16.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADOLESCENTES* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



Como se puede observar en la Figura 16, resulta visible que el problema que presentan los adolescentes tanto desertores como finalizadores suele afectarles significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) sobre todo en sus relaciones familiares (alrededor del 30%), en aspectos escolares (cerca del 25%) y en sus relaciones amistosas



(20% en promedio). En general los problemas de los adolescentes desertores son de mayor impacto que los de los finalizadores ya que los sobrepasan por al menos 10% en cada una de las categorías, y además existe una correlación significativa entre el impacto de su problema en el área familiar (tomando en cuenta la escala completa de 0 a 10 puntos) y su número de sesiones asistidas ( $\rho = ,462$ ;  $\alpha = ,462$ ) por lo que mientras mayor es este impacto en su área familiar los adolescentes desertores asisten a más sesiones de tratamiento.

### ***Adultos***

En comparación con los niños y los adolescentes, la muestra de adultos contiene varias diferencias marcadas entre los desertores ( $n = 77$ ; 77%) y los finalizadores ( $n = 23$ ; 23%) (ver Tabla 9). Aunque en ambos grupos existe una mayor proporción del sexo femenino, los finalizadores son casi exclusivamente mujeres (a excepción de dos pacientes hombres) a comparación del 23% de hombres en los desertores. Los finalizadores tienen tres años más de edad en promedio (37) que los desertores (34 años) y llegan a tener un nivel de estudios mayor (30% estudia hasta Licenciatura) al de los desertores (sólo 14% llega hasta este nivel). La mayoría de tanto desertores como finalizadores adultos están casados (40%) o en unión libre (20 a 25% aproximadamente). En cuanto a la ocupación existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $\chi^2 = 7,311$ ;  $\alpha = ,026$ ), pues mientras que la mayoría de los desertores trabaja (62%) y sólo 30% de ellos están desempleados, sólo 30% de los finalizadores trabaja y 61% están desempleados. Asimismo, el ingreso económico en estos dos grupos difiere significativamente ( $Z = - 2,016$ ;  $\alpha = ,044$ ) debido a que los desertores obtienen en promedio \$3, 800 y los finalizadores \$2,500, lo cual es una diferencia de más de \$1,000 pesos mensuales. Los problemas de pareja y la depresión son los motivos de consulta más frecuentes en ambos grupos, aunque los desertores reportan más problemas de pareja (35%) que los finalizadores (26%), mientras que estos últimos reportan presentar ligeramente más depresión (39%) que los desertores (30%). Cerca de un tercio en ambos grupos ha tenido algún tipo de ayuda previa para su problema: la mayoría ha buscado una ayuda psicológica (83% de los finalizadores y 54% de los desertores) y en menor medida un grupo de apoyo o autoayuda (17% de los finalizadores y 23% de los desertores) o una ayuda de psiquiatras o médicos (aproximadamente 10% de ambos) para solucionar su problema. Los tratamientos previos de los desertores generalmente eran de corta duración (1 a 3 meses), mientras que los

de la mayoría de los finalizadores duraron entre 7 y 9 meses, y en ambos grupos casi todos los tratamientos previos se recibieron hace más de un año. A diferencia de los pacientes niños y adolescentes, cerca del 90% de los adultos de ambos grupos son autoreferidos, y en los pocos casos cuando no lo son generalmente acuden por la recomendación de familiares o médicos. Nuevamente, el número de sesiones difiere significativamente en adultos finalizadores y desertores ( $Z = -6,607$ ;  $\alpha = ,000$ ), pues los primeros acuden a más del triple de sesiones (10 en promedio) que los desertores (casi 3 sesiones).

**TABLA 9.** Número y Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADULTOS* en función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y CLÍNICAS

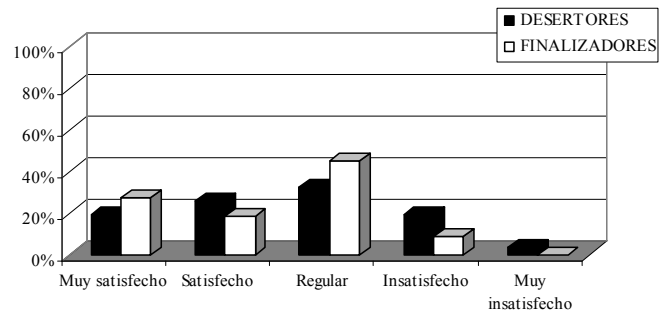
<b>ADULTOS</b>									
Variables Sociodemográficas	Desertores (21 - 86 años)		Finalizadores (21 - 68 años)		Variables Clínicas	Desertores (21 - 86 años)		Finalizadores (21 - 68 años)	
	N	%	N	%		N	%	N	%
<b>Sexo</b>					<b>Motivos de Consulta</b>				
Femenino	59	77	21	91	Problemas de pareja	27	35	6	26
Masculino	18	23	2	9	Depresión	23	30	9	39
<b>Edad</b> (MEDIA ± DE)	34.6 ± 11.1 años		37.7 ± 11.6 años		Problemas familiares	8	10	2	9
<b>Escolaridad</b>					Abuso sexual	4	5	3	13
Primaria	9	12	5	22	<b>Tratamiento Previo</b>				
Secundaria	28	38	3	13	Si	17	27	6	27
CCH/Preparatoria	26	35	8	35	*Psicoterapia	7	54	5	83
Licenciatura	10	14	7	30	*Tratamiento psiquiátrico	2	15	0	0
Sin escolaridad	1	1	0	0	*Grupos de autoayuda	3	23	1	17
<b>Estado Civil</b>					*Médico	1	8	0	0
Casado	30	40	9	39	No	46	73	16	73
Unión libre	15	20	6	26	<b>Duración del Tratamiento Previo</b>				
Soltero	15	20	3	13	1-3 meses	6	75	0	0
Separado	8	11	5	22	7-9 meses	0	0	2	67
Divorciado	4	5	0	0	10-12 meses	1	13	0	0
Viudo	3	4	0	0	> 13 meses	1	13	1	33
<b>Ocupación</b>					<b>Fecha del Tratamiento Previo</b>				
Estudia	2	3	2	9	Hace < 1 mes	1	20	0	0
Trabaja	47	62	7	30	Hace 4-6 meses	1	20	0	0
Estudia y trabaja	2	3	0	0	Hace > 13 meses	3	60	3	100
Desempleado	23	30	14	61	<b>Fuente de Referencia</b>				
Jubilado	2	3	0	0	Autoreferido	62	87	21	95
<b>Ingreso</b> (MEDIA ± DE)	\$3,763 ± \$1,927		\$2,454 ± \$1,736		Terceros	9	13	1	5
					*Familiares	6	67	0	0
					*Médico	3	33	1	100
					<b>Número de Sesiones</b> (MEDIA ± DE)	2.8 ± 2.0		10.1 ± 4.2	
					<b>N Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

\*Casado o unión libre

\*\*Soltero, separado o divorciado

**FIGURA 17.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADULTOS* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA

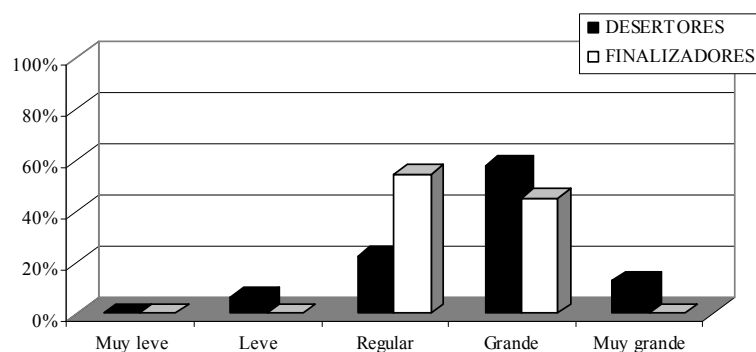
Satisfacción con su Estilo de Vida - SÓLO ADULTOS



Respecto a la satisfacción con su vida (ver Figura 17), se observa que los adultos tanto desertores como finalizadores generalmente se sienten regular (30% y poco más de 40% respectivamente). También reportan sentirse satisfechos o muy satisfechos con bastante frecuencia (alrededor del 20% en cada una), y sólo un porcentaje bajo de estos pacientes manifiesta esta insatisfechos o muy insatisfechos con su vida (en total cerca de 20%), de los cuales la mayoría son desertores.

**FIGURA 18.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADULTOS* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Gravedad del Problema - SÓLO ADULTOS

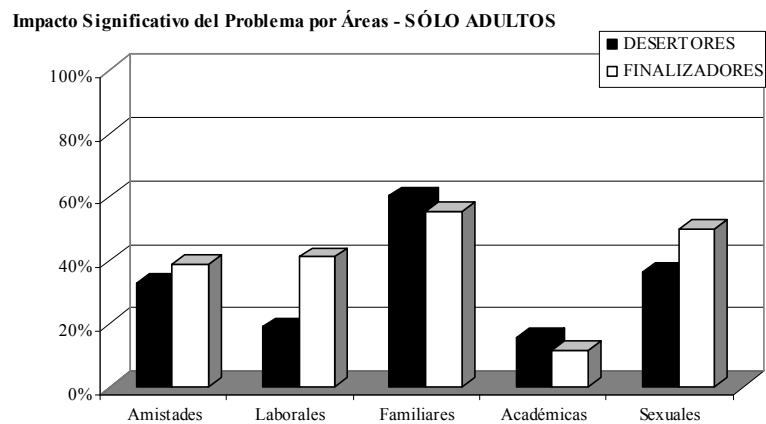


Como se puede apreciar en la Figura 18, la mayoría de los adultos de ambos grupos suelen evaluar su problema ya sea como grande o regular. Aunque los desertores tienden a calificarlo más como grande (aproximadamente 55%) que los finalizadores (40%

aproximadamente) y, a su vez, los finalizadores suelen evaluarlo más como regular (más del 50%) que los desertores (20%), no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Según se observa en la Figura 19, el problema por el cual acuden al C.C.A.P. “Los Volcanes” afecta significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) a los adultos de ambos grupos de forma primordial en el área familiar (poco más del 40%) y en menor medida en aspectos sexuales y en sus amistades, aunque cabe notar que hay de 10 a 15% más de pacientes finalizadores en cada una de estas áreas. De hecho, los pacientes finalizadores tienen una correlación significativa entre su número de sesiones y el impacto de su problema en el área sexual, esto tomando en cuenta la escala total con los puntajes de 0 a 10 ( $\rho = ,536$ ;  $\alpha = ,022$ ), por lo que asisten a más sesiones conforme el impacto de su problema en el área sexual es mayor.

**FIGURA 19.** Porcentaje de Pacientes Desertores y Finalizadores *ADULTOS* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas

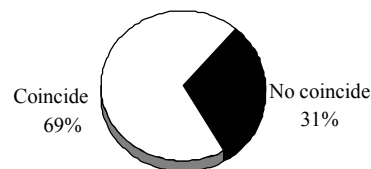


### 3. Resultados de Tipos de Desertores

#### a) Muestra completa del seguimiento

**FIGURA 20.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de la *CORRESPONDENCIA DEL MOTIVO DE CONSULTA PRE- Y POST-TRATAMIENTO*

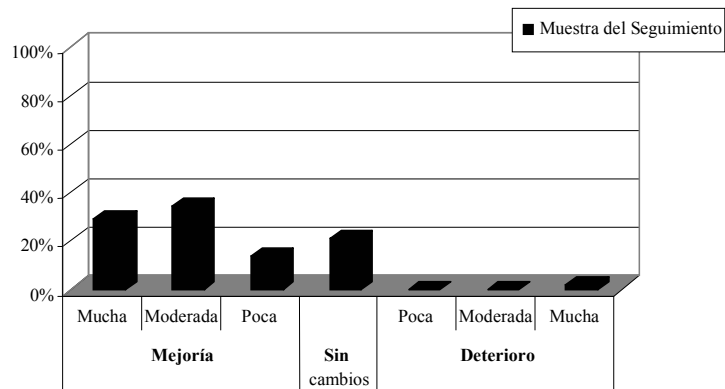
**Correspondencia del Motivo de Consulta  
Pre- y Post-Tratamiento - MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO**



De la muestra completa de desertores del presente estudio ( $n = 183$ ) fue posible localizar a 52 pacientes (28%) para llevar a cabo el seguimiento. En un tercio de estos pacientes el problema por el cual recuerdan haber solicitado el servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes” no coincide con el registrado en sus respectivos expedientes (ver Figura 20).

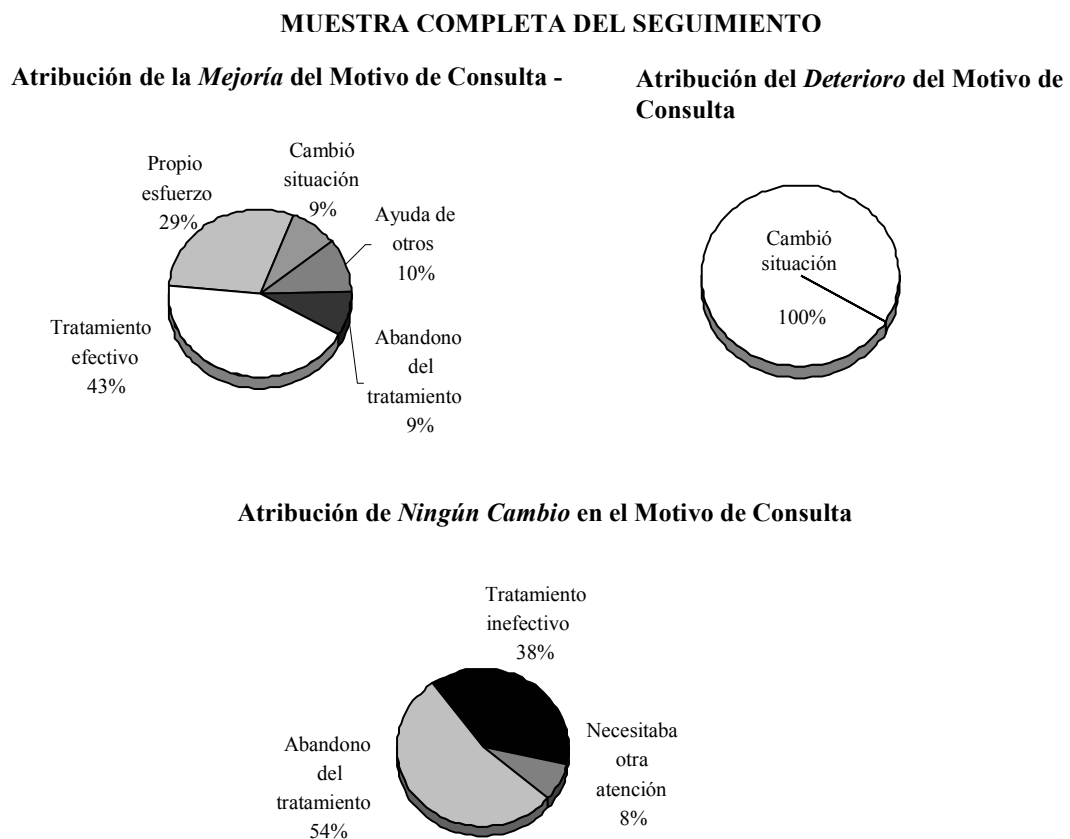
**FIGURA 21.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función del *CAMBIO EN EL MOTIVO DE CONSULTA* luego de haber desertado del C.C.A.P. “Los Volcanes”

**Cambio en el Motivo de Consulta - MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO**



Como se puede ver en la Figura 21, casi 80% de los pacientes reporta que su motivo de consulta mejoró luego de venir al C.C.A.P. “Los Volcanes”, cerca de 20% dice que no ha cambiado y sólo un paciente reporta que su problema empeoró mucho.

**FIGURA 22.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de la *ATRIBUCIÓN DEL CAMBIO EN SU MOTIVO DE CONSULTA*

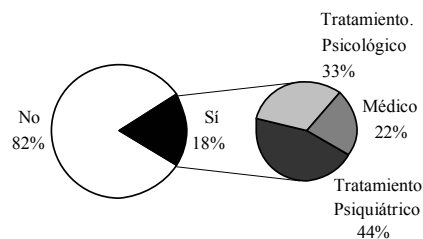


Gran parte de la mejoría (43%) en su motivo de consulta se atribuye al tratamiento efectivo del C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 22), aunque se adjudica en una proporción aún mayor (cerca de 50%) al propio esfuerzo, a la ayuda de otros o a cambios circunstanciales. Además, el porcentaje restante (9%) reconoce que su mejoría no alcanzó el beneficio máximo posible debido a que abandonaron el tratamiento prematuramente. El paciente que reportó un gran deterioro en su motivo de consulta lo atribuyó a cambios

circunstanciales y el no experimentar cambios en su motivo de consulta se atribuye principalmente al abandono del tratamiento (54%) o a la falta de efectividad del mismo (38%).

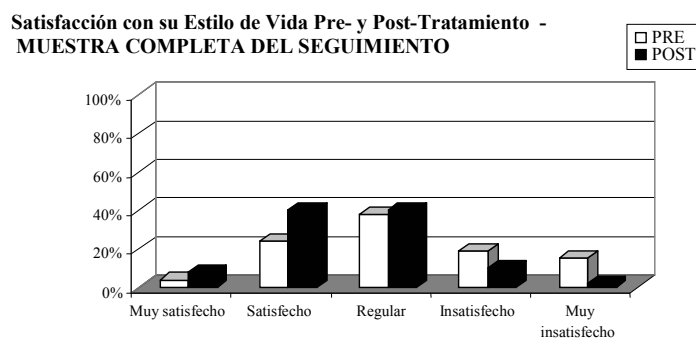
**FIGURA 23.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de un Posible TRATAMIENTO POSTERIOR luego de acudir al C.C.A.P. “Los Volcanes” y Tipo del Mismo

**Tratamiento Posterior - MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO**



Cerca del 20% de los pacientes del seguimiento buscaron ayuda para su problema después de acudir al C.C.A.P. “Los Volcanes”, ya sea un tratamiento psiquiátrico (44%), psicológico (33%) o médico (22%) (ver Figura 23).

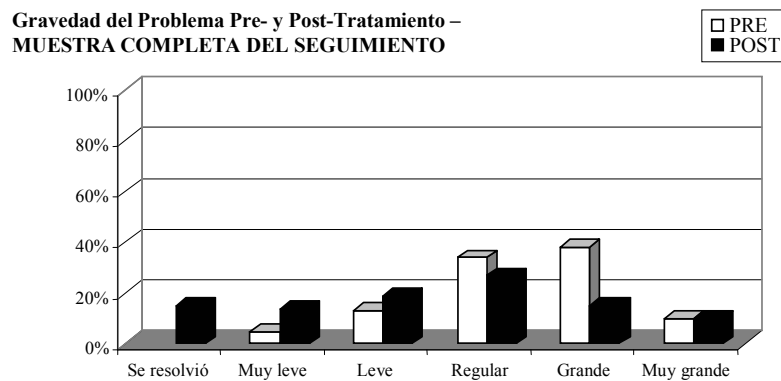
**FIGURA 24.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA Antes y Después del Tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”



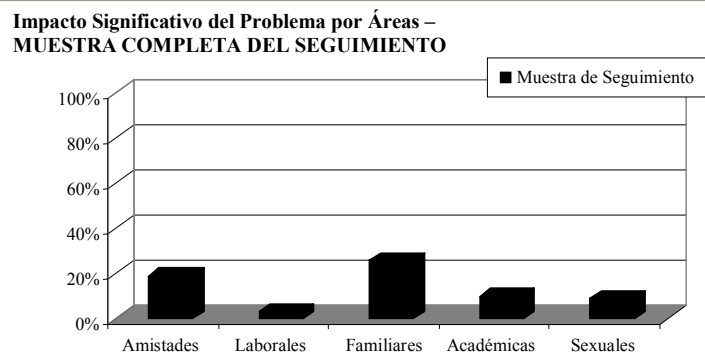
Al comparar la satisfacción con su vida antes y después del tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes (ver Figura 24) resalta que en todos los pacientes del seguimiento aumentó la satisfacción y disminuyó la insatisfacción al menos en cerca de 10%.

Además, todos los pacientes evalúan su problema como menos grave después del tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes” y 15% reporta que su problema se resolvió (ver Figura 25).

**FIGURA 25.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA Antes y Después del Tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”



**FIGURA 26.** Porcentaje de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



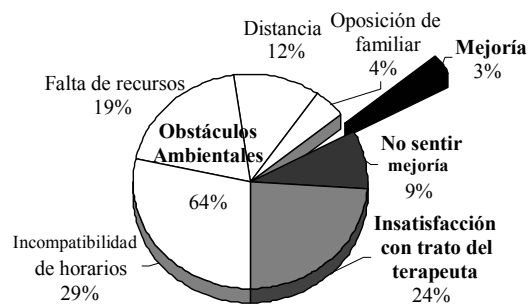
Nuevamente las áreas significativamente afectadas (puntaje > 5 en una escala de 0-10) por el problema suelen ser la familiar (más de 20%), la de amistades (17%) y la académica (10%) (ver Figura 26).



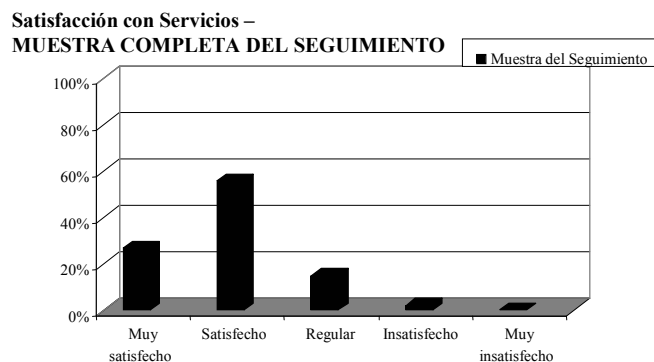
En cuanto a los motivos de deserción (ver Figura 27), la mayoría de estos pacientes (64%) desertó por obstáculos ambientales (sobre todo por la incompatibilidad de sus horarios laborales o domésticos con las sesiones de tratamiento). Cerca de 25% desertó por estar insatisfechos con el trato de su terapeuta (por ejemplo, impuntualidad o ausencias sin previo aviso, falta de experiencia, cambios de terapeuta, etc.), 9% desertó por no percibir la eficacia del tratamiento y sólo 3% desertó por sentir una mejoría de su problema.

**FIGURA 27.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de sus **MOTIVOS DE DESERCIÓN** del C.C.A.P. “Los Volcanes”

**Motivos de Deserción - MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO**

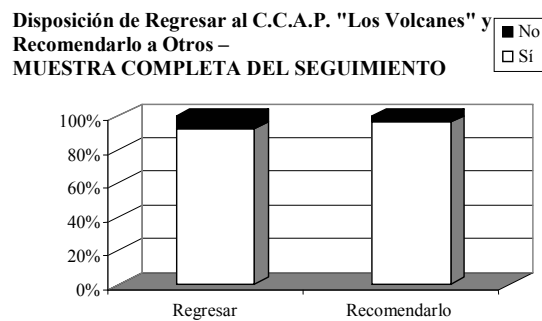


**FIGURA 28.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de su **SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS** del C.C.A.P. “Los Volcanes”



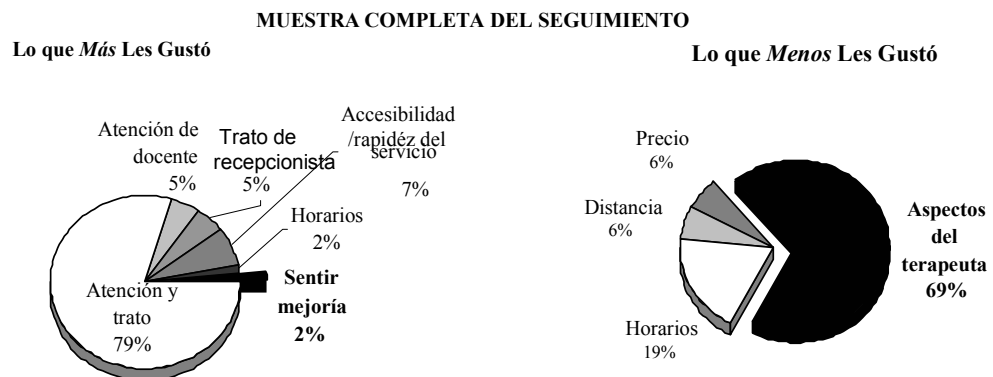
Según la Figura 28, cerca de 70% de los pacientes del seguimiento están satisfechos o muy satisfechos con los servicios que recibieron en el C.C.A.P. “Los Volcanes”, 15% los califica como regular y sólo un paciente está insatisfecho.

**FIGURA 29.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de su **DISPOSICIÓN DE VOLVER A SOLICITAR LOS SERVICIOS** del C.C.A.P. “Los Volcanes” y de **RECOMENDARLO A OTROS**



Además, casi todos los pacientes (más de 90%) estarían dispuestos a volver a solicitar los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” y de recomendarlo a otros (ver Figura 29). El 8% que no está dispuesto a regresar a este Centro es debido a la falta de ver resultados, por la distancia o porque ya no tiene el problema (33% en cada una) y el 4% que no recomendaría este Centro es debido a que no vio resultados y a que los terapeutas no están titulados.

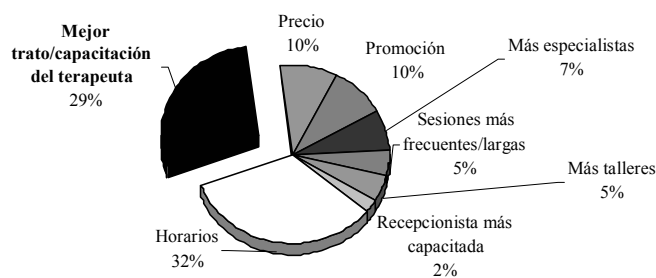
**FIGURA 30.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de lo que **MÁS LES GUSTÓ** y **MENOS LES GUSTÓ** del C.C.A.P. “Los Volcanes”



La Figura 30 muestra que más del 80% de los pacientes reportan que los que más les gustó del C.C.A.P. “Los Volcanes” fue la atención psicológica per se y el trato de los terapeutas, aunque sólo 2% mencionó el hecho de sentir una mejoría. En cuanto a lo que menos les gustó, para aproximadamente 70% fueron aspectos relacionados al terapeuta (falta de explicaciones claras, falta de experiencia, impuntualidad, trato, etc.) y para el resto fueron factores que favorecían obstáculos ambientales para estos pacientes.

**FIGURA 31.** Porcentaje de Pacientes de la *MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO* en Función de sus **RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO** del C.C.A.P. “Los Volcanes”

**Recomendaciones para Mejorar el Servicio –  
MUESTRA COMPLETA DEL SEGUIMIENTO**



Por ultimo, la mayoría de estos pacientes recomiendan mejorar aspectos de los terapeutas del C.C.A.P. “Los Volcanes” (capacitación, trato, etc.) e implementar un horario de atención más amplio<sup>2</sup> (aproximadamente 30% en cada una) (ver Figura 31).

<sup>2</sup> Actualmente se maneja un horario de 10 a.m.-3 p.m. de Lunes a Viernes.

b) Muestra combinada dividida por tipos de desertores

Aunque difieren ligeramente en cuanto a sus variables sociodemográficas y clínicas (ver Tabla 10), no se encontraron diferencias significativas entre los desertores inmediatos (n = 53; 29%), los desertores rápidos (n = 101; 55%) y los desertores tardíos (n = 29; 16%), a excepción del número de sesiones ( $\chi^2 = 111,061$ ;  $\alpha = ,000$ ). Los desertores inmediatos asistieron sólo a 1 sesión, los rápidos a 3 en promedio y los tardíos casi a 8 sesiones.

En los tres grupos entre el 40 y 55% de los pacientes son del sexo masculino; el promedio de edad es alrededor de los 20 años; el máximo nivel de estudios es de Primaria y de Secundaria (31% y 41%, respectivamente); el estado civil más frecuente es el de soltero (60-75%) seguido por el de casado (entre 10 y 20%); la mayoría de los pacientes son estudiantes (45-70%) o empleados (15-30%); el mayor ingreso económico es de los desertores inmediatos (\$4000 pesos mensuales en promedio), seguido por el de los rápidos (\$ 3000) y finalmente por el de los tardíos (\$2500 mensuales aproximadamente). En los tres grupos los motivos de consulta más frecuentes suelen ser la desobediencia o rebeldía y la depresión (15-20% en cada uno); 24% de los desertores rápidos, 27% de los inmediatos y casi 40% de los tardíos han tenido algún tratamiento previo para su problema, sobre todo uno psicoterapéutico corta duración (1 a 3 meses); hasta la mitad de estos pacientes son autoreferidos y los que no lo son, generalmente acuden por la sugerencia de familiares cercanos (70-80% aproximadamente).

**TABLA 10.** Número y Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS*

**TIPOS DE DESERTORES**

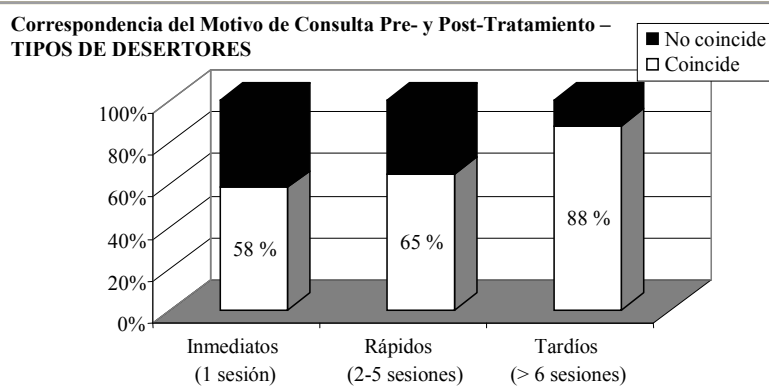
Variables Sociodemográficas	Desertores Inmediatos 1 sesión (2 - 86 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (2 - 63 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (6 - 52 años)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	26	49	58	57	13	45
Masculino	27	51	43	43	16	55
(MEDIA ± DE)	20.5 ± 14.7 años		21.8 ± 13.9 años		19 ± 13.5 años	
<b>Escolaridad</b>						
Preescolar	2	4	7	7	1	3
Primaria	16	31	28	28	12	41
Secundaria	16	31	39	39	12	41
CCH/Preparatoria	11	22	18	18	3	10
Licenciatura	6	12	7	7	1	3
Sin escolaridad	0	0	1	1	0	0
<b>Estado Civil</b>						
Casado	7	13	21	21	5	18
Unión libre	7	13	8	8	2	7
Soltero	34	64	61	61	21	75
Separado	3	6	5	5	0	0
Divorciado	1	2	3	3	0	0
Viudo	1	2	2	2	0	0
<b>Ocupación</b>						
Estudia	23	44	47	47	20	69
Trabaja	15	29	31	31	4	14
Estudia y trabaja	2	4	3	3	0	0
Desempleado	8	15	13	13	4	14
Deserción escolar	1	2	1	1	0	0
Jubilado	1	2	0	0	1	3
No aplica	2	4	5	5	0	0
<b>Ingreso</b>						
(MEDIA ± DE)	\$3,929 ± \$2,043		\$3,071 ± \$1,915		\$2,454 ± \$1,736	

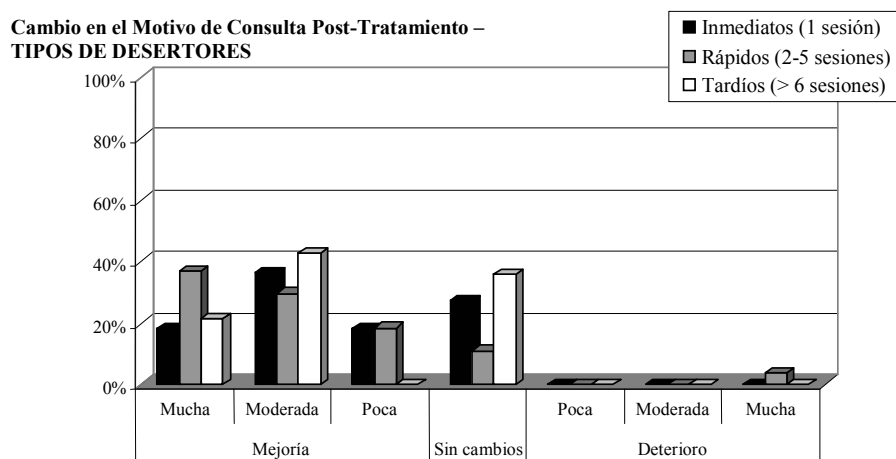
Variables Clínicas	Desertores Inmediatos 1 sesión (2 - 86 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (2 - 63 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (6 - 52 años)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Motivos de Consulta</b>						
Desobediencia/rebeldía	8	15	18	18	6	21
Depresión	9	15	17	17	5	17
Problemas de pareja	6	12	13	13	2	7
Problemas familiares	6	12	12	12	1	3
<b>Tratamiento Previo</b>						
Sí	12	27	20	24	11	39
*Psicoterapia	6	55	11	85	9	82
*Tratamiento psiquiátrico	2	18	1	8	1	9
*Grupos de autoayuda	1	9	1	8	1	9
*Médico	2	18	0	0	0	0
No	33	73	64	76	17	61
<b>Duración del Tratamiento Previo</b>						
1-3 meses	4	67	7	100	2	40
10-12 meses	0	0	0	0	2	40
> 13 meses	2	33	0	0	1	20
<b>Fuente de Referencia</b>						
Autoreferido	24	50	40	42	9	33
Terceros	24	50	56	58	18	67
*Familiares	19	79	39	70	12	67
*Escuela	4	17	14	25	6	33
*Médico	1	4	3	5	0	0
<b>Número de Sesiones</b>						
(MEDIA ± DE)	1 ± 0	100	3.1 ± 1.1	100	7.7 ± 2	100
<b>N Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

La Figura 32 resalta que el motivo de consulta que formularon los pacientes en el seguimiento suele coincidir más con el registrado en sus expedientes cuando asistieron a un mayor número de sesiones, pues el porcentaje de no coincidencia de los desertores inmediatos, 42%, disminuye a 35% para los desertores rápidos y a sólo 12% para los desertores tardíos.

**FIGURA 32.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de la *CORRESPONDENCIA DEL MOTIVO DE CONSULTA PRE- Y POST-TRATAMIENTO*



**FIGURA 33.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función del *CAMBIO EN EL MOTIVO DE CONSULTA* luego de haber desertado del C.C.A.P. “Los Volcanes”



72% de los desertores inmediatos, 86% de los rápidos y 64% de los tardíos reportan que su problema mejoró; 28% de los desertores inmediatos, 11% de los rápidos y 64% de los desertores tardíos reportan que no hubo cambios y sólo un paciente reporta mucho deterioro en su problema luego de venir al C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 33).

**TABLA 11.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de la ATRIBUCIÓN DEL CAMBIO EN SU MOTIVO DE CONSULTA

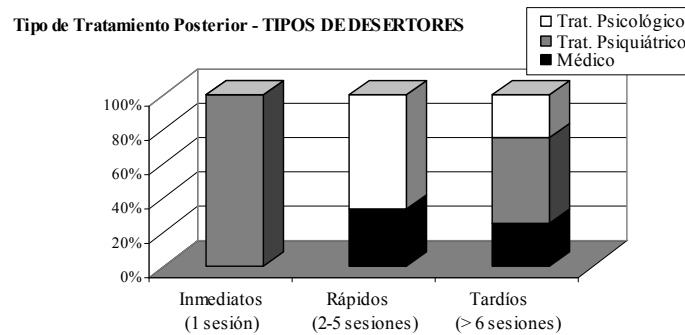
Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta	Desertores Inmediatos <i>1 sesión</i>			Desertores Rápidos <i>2-5 sesiones</i>			Desertores Tardíos <i>&gt; 6 sesiones</i>		
	Mejoría	Deterioro	Sin Cambios	Mejoría	Deterioro	Sin Cambios	Mejoría	Deterioro	Sin Cambios
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tratamiento efectivo	<b>60</b>	0	0	29	0	0	20	0	0
Propio esfuerzo	30	0	0	<b>35</b>	0	0	<b>40</b>	0	0
Cambió situación	0	0	0	12	<b>100</b>	0	20	0	0
Ayuda de otros	0	0	0	18	0	0	20	0	0
Abandono del tratamiento	10	0	<b>75</b>	6	0	<b>100</b>	0	0	17
Tratamiento inefectivo	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>83</b>
Necesitaba otra atención	0	0	25	0	0	0	0	0	0

Al analizar la atribución de este cambio en el motivo de consulta (Tabla 11) se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos ( $\chi^2 = 25,562$ ;  $\alpha = ,029$ ): mientras que la mayoría de los desertores inmediatos atribuye la mejoría de su problema a la eficacia del tratamiento (60%) y en menor medida a su propio esfuerzo (30%), sólo 29% de los desertores rápidos y 20% de los tardíos la atribuye al tratamiento del C.C.A.P. y suelen atribuirla más a su propio esfuerzo (35 a 40%) y a la ayuda de otros (20%). Además, la ausencia de cambio en su motivo de consulta suele ser atribuido al abandono prematuro del tratamiento en la mayoría de los desertores inmediatos y rápidos (75-100%), mientras que sólo 17% de los desertores tardíos lo atribuye a esta razón, ya que para ellos lo principal es la ineficacia del tratamiento (83%). Los tres desertores rápidos que reportaron un deterioro de su problema lo atribuyen en su totalidad a su deserción del tratamiento.

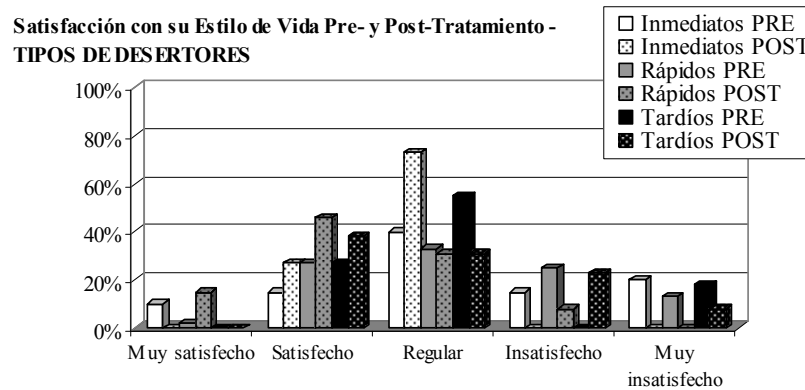
27% de los desertores inmediatos, 11% de los desertores rápidos y 29% de los desertores tardíos buscaron otro tratamiento para su motivo de consulta luego de desertar del

C.C.A.P. “Los Volcanes”. Como lo muestra la Figura 34, todos los desertores inmediatos y la mitad de los desertores tardíos buscaron un tratamiento psiquiátrico, 66% de los desertores rápidos y 25% de los tardíos acudieron a psicoterapia, y 33% de los rápidos y 25% de los tardíos buscaron ayuda médica.

**FIGURA 34.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función del TIPO DE TRATAMIENTO POSTERIOR luego de acudir al C.C.A.P. “Los Volcanes”



**FIGURA 35.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA Antes y Después del Tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”

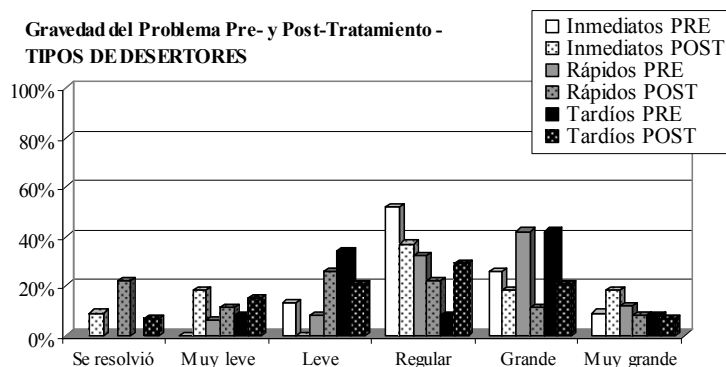


En cuanto a la satisfacción con su vida antes y después de su tratamiento (ver Figura 35), resalta que tanto en los desertores inmediatos como en los rápidos en general aumentó la satisfacción, aumentó el sentirse regular y disminuyó la insatisfacción luego de desertar del C.C.A.P. “Los Volcanes”. En los desertores tardíos en cambio, aunque su satisfacción también aumentó ligeramente, el sentirse regular y sobre todo insatisfechos aumentó



considerablemente. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $Z = -1,994$ ;  $\alpha = ,046$ ).

**FIGURA 36.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA Antes y Después del Tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”

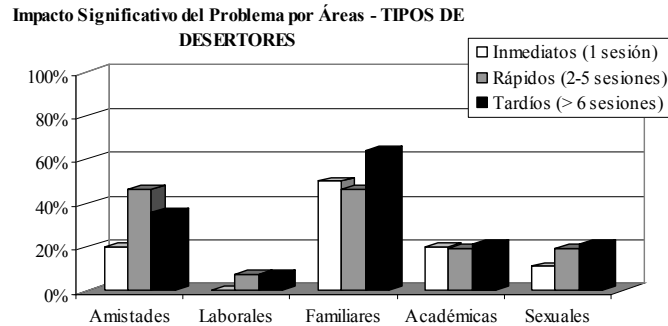


También respecto la gravedad de su problema antes y después de su tratamiento (ver Figura 36) se encuentran diferencias significativas entre los distintos tipos de desertores ( $Z = -2,228$ ;  $\alpha = ,026$ ). Si bien el problema se resolvió en 9% de desertores inmediatos, 22% de los desertores rápidos y 7% de los desertores tardíos, en los desertores inmediatos la gravedad de su problema casi no se modificó desde que desertaron de su tratamiento y de hecho son los que más grave califican su problema Post-tratamiento (36%) en comparación con los otros dos grupos (19% de rápidos y 28% de tardíos). Los desertores rápidos son los que presentaron los problemas de mayor gravedad Pre-tratamiento (54%, en comparación con 35 y 50% de los desertores inmediatos y tardíos respectivamente) y a la vez alcanzaron el mayor porcentaje de disminución de la gravedad de sus problemas Post-tratamiento (37%, en comparación de 18% de los inmediatos y 35% de los tardíos). Antes de comenzar el tratamiento cerca de la mitad de los desertores tardíos presentaban problemas de alta gravedad, aunque a la vez tenían el mayor porcentaje de problemas leves de los tres grupos (42%, en comparación con 13 y 14 % de inmediatos y rápidos respectivamente).

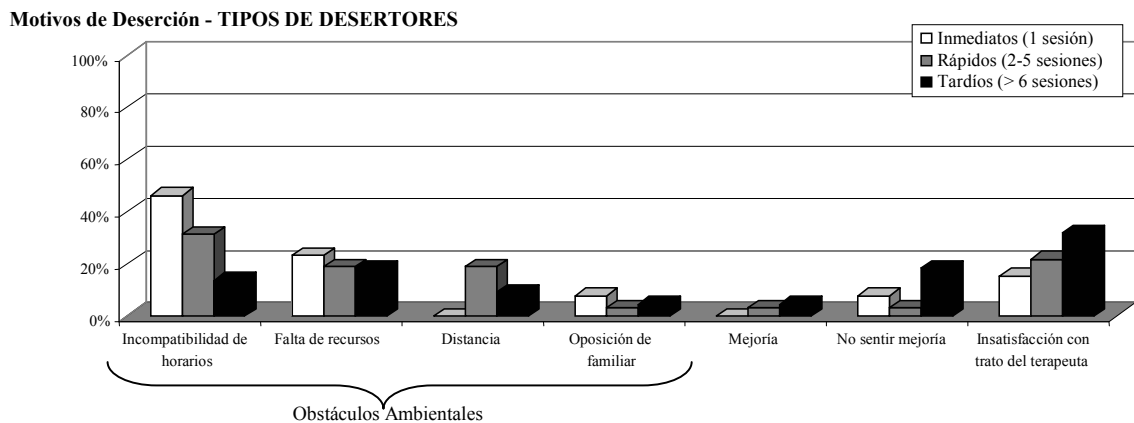
La Figura 37 muestra que de forma muy similar a los tres tipos de desertores su problema suele afectarles significativamente (puntaje  $> 5$  en una escala de 0-10) sobre todo

en sus relaciones con familiares (40 a 60%), con amistades (20 a 45%), y en el aspecto académico (aproximadamente 20%).

**FIGURA 37.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



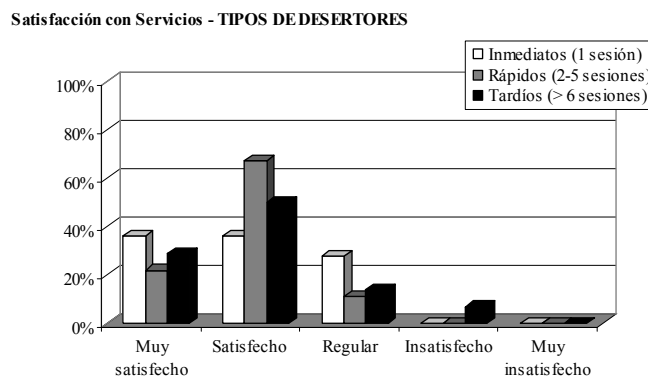
**FIGURA 38.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de sus MOTIVOS DE DESERCIÓN del C.C.A.P. “Los Volcanes”



En lo que respecta a los motivos de deserción no se encuentran diferencias significativas entre los tres tipos de desertores; sin embargo resulta notorio (ver Figura 38) que mientras la mayoría de los desertores inmediatos y rápidos abandonan su tratamiento por obstáculos de tipo ambiental (77 y 87% respectivamente, en comparación con 46% de los desertores tardíos), 32% de los desertores tardíos desertan por estar insatisfechos con el trato

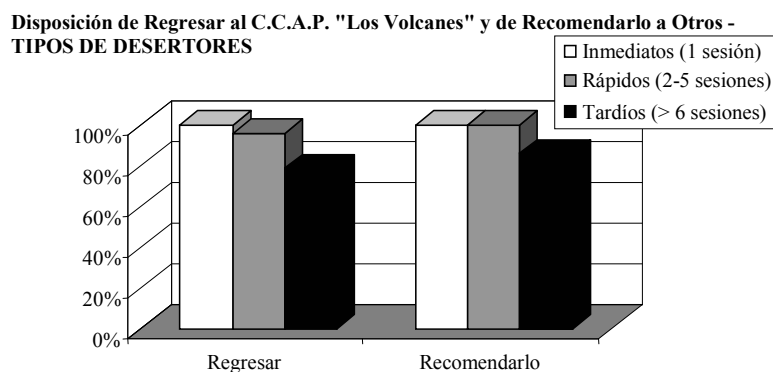
de su terapia o por no sentir una mejoría de su problema (18%), mientras que sólo 23% de los desertores inmediatos y 25% de los desertores rápidos en total abandonan su tratamiento por estas dos razones. Además, sólo un porcentaje mínimo deserta debido a que su problema mejoró: 0% de los desertores inmediatos, 3% de los rápidos y 5% de los tardíos.

**FIGURA 39.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de su *SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS* del C.C.A.P. “Los Volcanes”



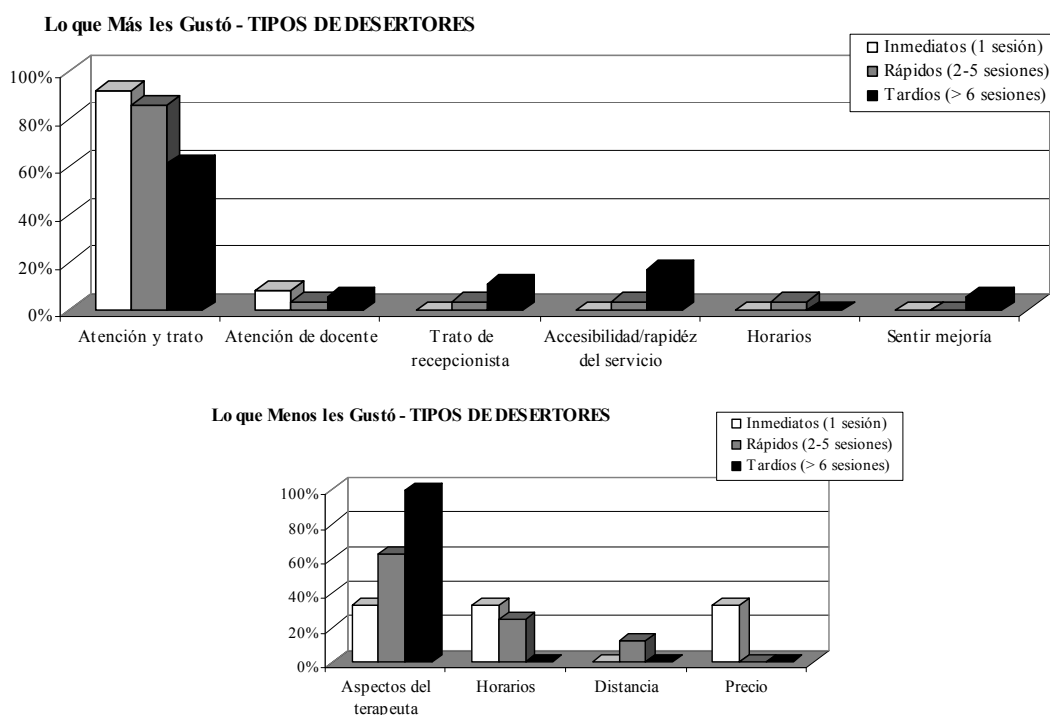
En general, los tres tipos de desertores están satisfechos con los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes”, y sólo un desertor tardío reporta estar insatisfecho (ver Figura 39).

**FIGURA 40.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de su *DISPOSICIÓN DE VOLVER A SOLICITAR LOS SERVICIOS* del C.C.A.P. “Los Volcanes” y de *RECOMENDARLO A OTROS*



Todos los desertores inmediatos y casi todos los desertores rápidos estarían dispuestos a volver a solicitar los servicios del C.C.A.P. "Los Volcanes" y a recomendarlo a otras personas (ver Figura 40). De los desertores tardíos, 20% no regresaría a este Centro (por no ver resultados, por la distancia o porque el problema se solucionó) y 15% no lo recomendaría a otras personas (por no ver resultados y porque los terapeutas aún no están titulados).

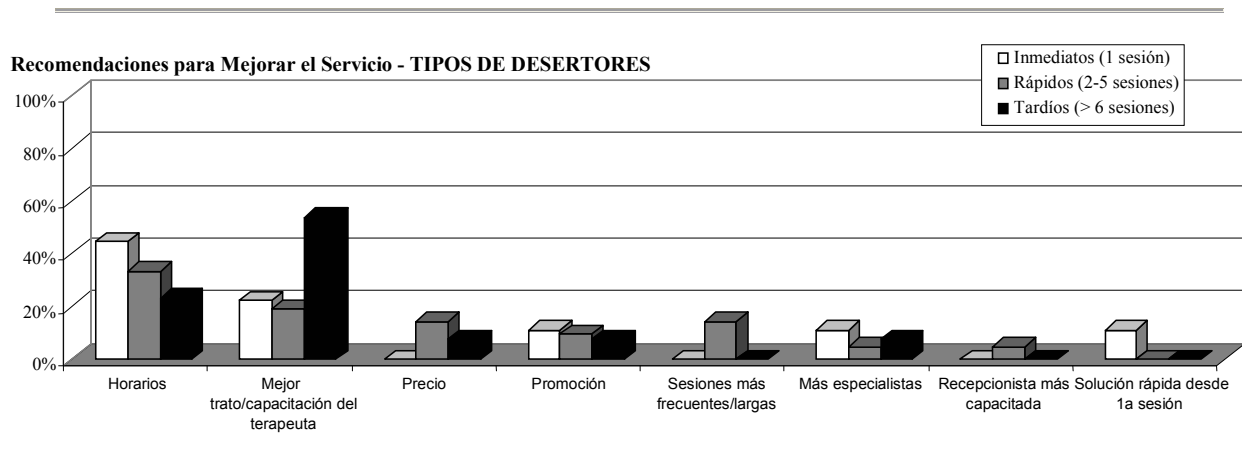
**FIGURA 41.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de lo **MÁS LES GUSTÓ** y **MENOS LES GUSTÓ** del C.C.A.P. "Los Volcanes"



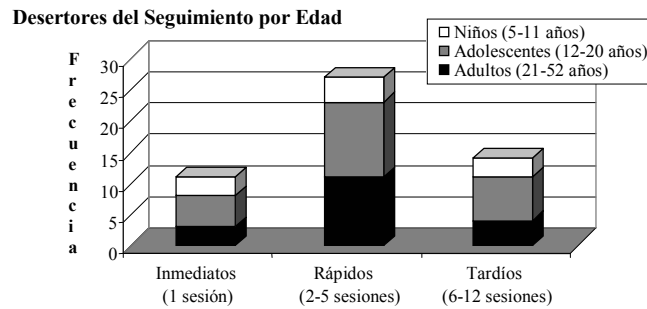
Como se observa en la Figura 41, lo que más les gustó a la mayoría de los tres tipos de desertores del servicio del C.C.A.P. "Los Volcanes" fue la atención en sí y el trato de los terapeutas, aunque pareciera que este aspecto está ligado a un menor número de sesiones asistidas, pues mientras que los desertores inmediatos y rápidos muestran un porcentaje muy alto (aproximadamente 80-90%) de satisfacción con los servicios el de los tardíos es algo más bajo (60%). Lo que a los pacientes del seguimiento menos les gustó del servicio

psicológico fueron aspectos relacionados al trato del terapeuta (falta de experiencia, falta de explicaciones claras, impuntualidad o ausencias sin previo aviso, etc.), y en este caso los más insatisfechos fueron los desertores tardíos (100%), y en menor grado los rápidos (60%) y los inmediatos (30%).

**FIGURA 42.** Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES* en Función de sus *RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO* del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Por último (ver Figura 42), la mayoría de los pacientes desertores recomiendan ampliar los horarios de trabajo y mejorar la capacitación y el trato de los terapeutas para mejorar los servicios de este Centro. De nuevo, los desertores tardíos son los que más recomiendan el último punto (aproximadamente 50%) en comparación con los otros dos tipos de desertores (menos del 20%).

c) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores**FIGURA 43.** Número de PACIENTES DESERTORES que Participaron en el Seguimiento en Función de su EDAD

De la muestra total de niños desertores ( $n = 50$ ), 10 (20%) aceptaron participar en el seguimiento; de la muestra total de adolescentes desertores ( $n = 56$ ), 24 (43%) participaron y de la muestra total de adultos desertores ( $n = 77$ ) participaron 18 pacientes (23%) (ver Figura 43). Los adolescentes representaban entre 45 y 50% de la muestra en los tres tipos de desertores y nuevamente resalta que existe una mayor proporción de desertores rápidos (55%) que de los otros tipos.

***Niños***

Al comparar las características sociodemográficas y clínicas de los niños desertores inmediatos ( $n = 17$ ), rápidos ( $n = 25$ ) y tardíos ( $n = 8$ ) resalta que la única diferencia estadísticamente significativa entre estos tres grupos es el número de sesiones asistidas ( $\chi^2 = 42,832$ ;  $\alpha = ,000$ ), pues nuevamente los desertores rápidos asisten a más del triple de sesiones que los inmediatos (a casi 4 en comparación con 1 sesión) y los desertores tardíos asisten a más del doble de sesiones que los rápidos (a casi 9) (ver Tabla 12).

**TABLA 12. Número y Porcentaje de TIPOS DE DESERTORES NIÑOS en Función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS**

**NIÑOS**

Variables Sociodemográficas	Desertores Inmediatos 1 sesión (2 - 11 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (2 - 11 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (6 -10 años)		Desertores Inmediatos 1 sesión (2 - 11 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (2 - 11 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (6 -10 años)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>												
Femenino	4	24	13	52	1	13	8	50	6	24	1	13
Masculino	13	76	12	48	7	88	2	13	2	8	2	25
(MEDIA ± DE)	7,8 ± 2,5 años		7,1 ± 2,5 años		7,8 ± 1,4 años							
<b>Edad</b>												
Preescolar	2	12	7	28	0	0	2	14	4	21	2	25
Primaria	15	88	18	72	8	100	2	100	4	100	2	100
<b>Escolaridad MADRE</b>												
Primaria	5	56	3	17	2	29	1	100	2	100	0	0
Secundaria	1	11	12	67	2	29	0	0	0	0	1	100
CCH/Preparatoria	1	11	2	11	3	43	0	0	0	0	0	0
Licenciatura	1	11	1	6	0	0						
Sin escolaridad	1	11	0	0	0	0						
<b>Estado Civil PADRES</b>												
Con pareja*	10	77	16	76	6	86	1	7	1	4	0	0
Sin pareja**	3	23	5	24	1	14	13	93	24	96	7	100
<b>Ocupación</b>												
Estudia	15	88	20	80	8	100	1 ± 0		3,6 ± 1,1		8,8 ± 2,9	
No aplica	2	12	5	20	0	0	17	100	25	100	8	100
(MEDIA ± DE)	\$3,033 ± \$2,145		\$2,671 ± \$1,653		\$1,450 ± \$777							

\*Casado o unión libre

\*\*Soltero, separado o divorciado

En cuanto a las demás variables resalta que existe una proporción igual de ambos sexos en los desertores rápidos y una proporción mayor del sexo masculino en los inmediatos (76%) y los tardíos (88%); en los tres tipos la edad promedio es de 7 a 8 años; el nivel educativo más frecuente es de Primaria (70 a 100%), aunque la mayoría de las madres de los desertores inmediatos estudiaron hasta Primaria (56%), las de los rápidos hasta la Secundaria (67%) y las de los tardíos hasta la Preparatoria (43%). En los tres grupos la mayoría de los padres están casados o en unión libre (75 a 85% aproximadamente) y los económicamente más favorecidos son los desertores inmediatos (\$3,000), seguidos por los rápidos (\$2,700) y los tardíos (\$1,500).

Los motivos de consulta más comunes entre estos niños son la desobediencia y la rebeldía para desertores inmediatos y rápidos (25-50%) y los problemas escolares para los desertores tardíos (25%). 14% de los desertores inmediatos, 21% de los rápidos y hasta 25% de los tardíos han tenido un tratamiento previo para su problema (todos de tipos psicoterapéutico), el cual ha durado de 1 a 3 meses en el caso de los primeros dos grupos y de 10 a 12 meses en el caso de los desertores tardíos. Más del 90% de los niños en los tres tipos de desertores fueron referidos al C.C.A.P. “Los Volcanes” por terceras personas, sobre todo por sus padres.

En cuanto a las variables clínicas que se obtuvieron en el seguimiento (ver Tabla 13), se observa que el motivo de consulta del seguimiento coincide más con el del expediente a medida que aumenta el número de sesiones asistidas, pues este porcentaje es bastante bajo en los desertores inmediatos (33%) y alto en los rápidos (75%) y tardíos (100%). En los tres grupos la mayoría de los padres consideran que el problema de su hijo(a) mejoró luego de su tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes” (50 a 80%), mientras que el resto considera que no ha cambiado. En los desertores inmediatos, el cambio en su motivo de consulta (o la falta de ello) suele ser atribuido a la eficacia del tratamiento del Centro, aunque un tercio reconoce que el abandono prematuro del tratamiento evitó un beneficio máximo. Los desertores rápidos atribuyen los cambios más que nada a su propio esfuerzo (40%) y en menor medida a la eficacia del tratamiento, a cambios circunstanciales o a su deserción (20% cada una). Los desertores tardíos suelen atribuir su cambio en igual proporción a la eficacia o falta de eficacia del tratamiento, a su deserción, a su propio esfuerzo y a la ayuda de otros (20% cada



una). Solamente un niño que desertó inmediatamente del C.C.A.P. “Los Volcanes” recibió un tratamiento posterior para su problema (tratamiento psiquiátrico).

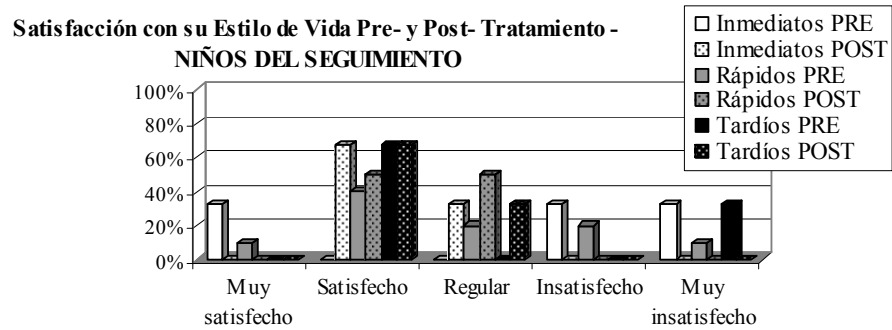
**TABLA 13.** Número y Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de VARIABLES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO

Variables Clínicas de Seguimiento	NIÑOS					
	Desertores Inmediatos		Desertores Rápidos		Desertores Tardíos	
	<i>1 sesión</i>		<i>2-5 sesiones</i>		<i>&gt; 6 sesiones</i>	
	(2 - 11 años)		(2 - 11 años)		(6 -10 años)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Correspondencia en Motivo de Consulta Pre- y Post-Tratamiento</b>						
Coincide	1	33	3	75	3	100
No coincide	2	67	1	25	0	0
<b>Cambio en el Motivo de Consulta</b>						
Mejoría	1	50	4	80	3	75
*Mucha	0	0	2	67	0	0
*Moderada	1	50	0	0	2	100
*Poca	1	50	1	33	0	0
Sin cambios	1	50	1	20	1	25
Deterioro	0	0	0	0	0	0
<b>Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta</b>						
Tratamiento efectivo	2	67	1	20	1	20
Tratamiento no efectivo	0	0	0	0	1	20
Propios esfuerzo	0	0	2	40	1	20
Ayuda de otros	0	0	0	0	1	20
Cambios circunstanciales	0	0	1	20	0	0
Abandono del tratamiento	1	33	1	20	1	20
<b>Tratamiento Posterior</b>						
Sí	1	33	0	0	0	0
*Tratamiento psiquiátrico	1	100	0	0	0	0
No	2	67	4	100	3	100
<b>N Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Al analizar la satisfacción con su vida antes y después del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 44) se nota que en general todos parecen estar más satisfechos en la medida Post-Tratamiento, pues los desertores inmediatos pasaron de estar muy satisfechos, insatisfechos y muy insatisfechos (33% cada una) a estar satisfechos (65%) o regular (35%). De forma similar, los desertores rápidos pasaron de distribuirse en todas las categorías posibles a sólo las de *satisfecho* y *regular* después de su tratamiento (50% cada una), y los

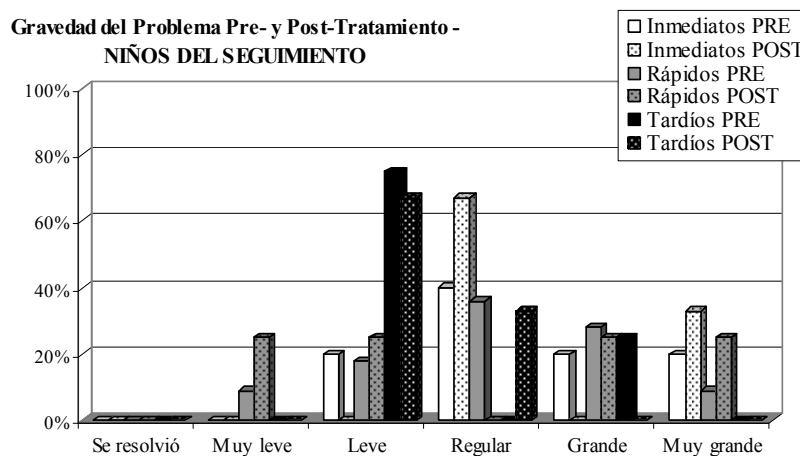
desertores tardíos pasaron de estar muy insatisfechos a regular, conservando además el mismo porcentaje en la categoría de satisfecho (65%) antes y después de su tratamiento.

**FIGURA 44.** Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA Antes y Después del Tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”

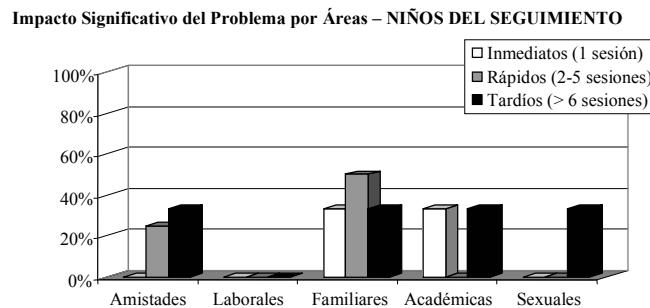


En cuanto a la gravedad del problema no parece haber patrones claros en los distintos tipos de desertores antes y después de su tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 45), aunque sí cabe notar que ninguno de los problemas de estos niños se resolvió para cuando se llevó a cabo el seguimiento.

**FIGURA 45.** Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA Antes y Después del Tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”

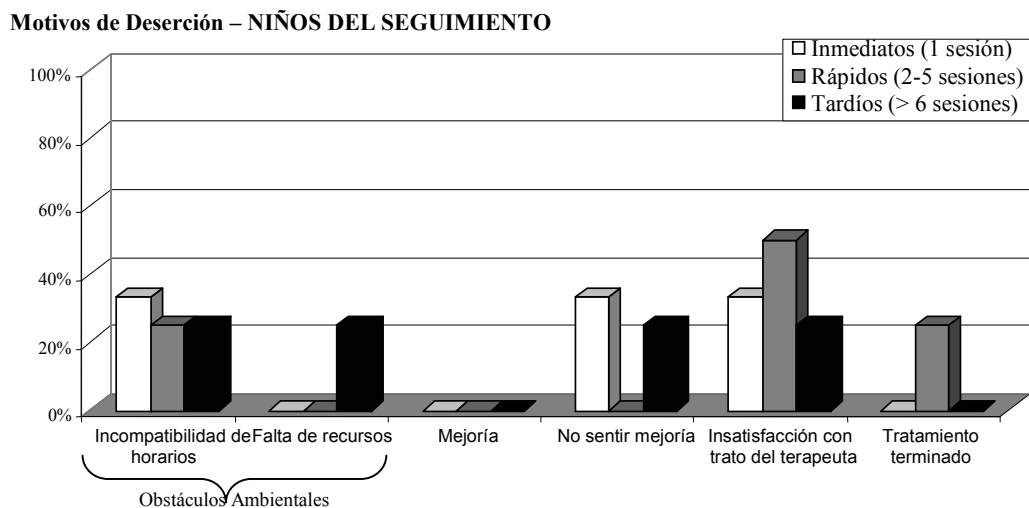


**FIGURA 46.** Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



El motivo de consulta de todos los niños del seguimiento suele afectarles significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) sobre todo en el área familiar (30-50%) y el de amistades (20-30%), y aunque no parece haber muchas diferencias entre los tres tipos en cuanto a porcentajes de pacientes afectados, cabe notar que los desertores tardíos tienen problemas que les impactan significativamente en cuatro de las cinco áreas posibles, mientras que para los otros dos tipos el impacto sólo es en dos áreas (ver Figura 46).

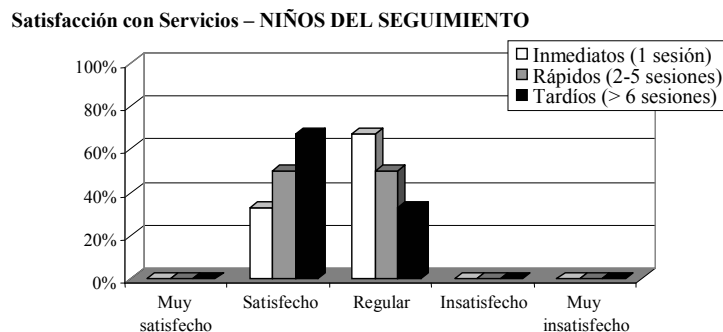
**FIGURA 47.** Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de sus MOTIVOS DE DESERCIÓN del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Los principales motivos de deserción en los niños del seguimiento (ver Figura 47) fueron la insatisfacción con el trato del terapeuta (sobre todo para cerca de 50% de los desertores rápidos), los obstáculos ambientales y el no sentir mejoría (sólo para 20-30% de desertores inmediatos y tardíos). Además, ninguno de los niños desertó por experimentar una mejoría de su problema y según 20% de los desertores rápidos su tratamiento ya había terminado.

En cuanto a su satisfacción con los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 48), los tres tipos de desertores se sienten satisfechos o regular, y pareciera que esta satisfacción aumenta junto con el número de sesiones asistidas, pues los desertores tardíos muestran el mayor porcentaje de satisfacción (casi 70%) en comparación con los rápidos (aproximadamente 50%) e inmediatos (30%). Sin embargo, esto no es estadísticamente significativo.

**FIGURA 48.** Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su *SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS* del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Por último, la Tabla 14 muestra que todos los desertores inmediatos y rápidos y 50 a 70% de los desertores tardíos estarían dispuestos tanto de volver a solicitar los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” como de recomendarlo a otras personas. Los tardíos que no estarían dispuestos a hacer esto tienen como motivos el no ver una mejoría y el hecho de que los terapeutas de este Centro aún no están titulados.

**TABLA 14.** Número y Porcentaje de *NIÑOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de *VARIABLES DEL SERVICIO*

<b>VARIABLES DEL SERVICIO</b>	<b>NIÑOS</b>					
	<b>Desertores Inmediatos</b>		<b>Desertores Rápidos</b>		<b>Desertores Tardíos</b>	
	<i>1 sesión</i>		<i>2-5 sesiones</i>		<i>&gt; 6 sesiones</i>	
	<i>(2 - 11 años)</i>		<i>(2 - 11 años)</i>		<i>(6 -10 años)</i>	
	N	%	N	%	N	%
<b><i>Disposición de Regresar al Centro</i></b>						
Si	3	100	2	100	1	50
No	0	0	0	0	1	50
<i>*Por no ver resultados</i>	0	0	0	0	1	100
<b><i>Disposición de Recomendar el Centro</i></b>						
Si	3	100	4	100	2	67
No	0	0	0	0	1	33
<i>*Terapeutas no titulados</i>	0	0	0	0	1	100
<b><i>Lo que Más le Gustó</i></b>						
Atención y trato	4	100	3	100	2	67
Atención de docente	0	0	0	0	1	33
<b><i>Lo que Menos le Gustó</i></b>						
Aspectos del terapeuta	0	0	1	100	0	0
<b><i>Recomendaciones</i></b>						
Horarios	1	50	1	33	1	33
Mejor trato/capacitación del terapeuta	0	0	0	0	1	33
Sesiones más frecuentes/largas	0	0	1	33	0	0
Más especialistas	0	0	0	0	1	33
Recepcionista más capacitada	0	0	1	33	0	0
Solución rápida desde la primera sesión	1	50	0	0	0	0
<b>N Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Lo que más les gustó del Centro a todos los tipos de desertores fue la atención y el trato de los terapeutas y lo que menos les gustó, aunque sólo a los desertores rápidos, fueron aspectos relacionados al terapeuta (por ejemplo, falta de experiencia, impuntualidad, etc.). Los tres tipos de desertores recomiendan ampliar los horarios de trabajo del C.C.A.P. “Los Volcanes” (30-50%), aunque los desertores inmediatos en particular ponen énfasis en obtener una solución rápida desde la primera sesión (50%), los rápidos en que haya sesiones más frecuentes (varias veces por semana, sobre todo en casos de crisis) o largas (2 hrs. de duración) y que la recepcionista esté más capacitada para informar sobre los aspectos básicos de un tratamiento psicológico, y los desertores tardíos enfatizan que se mejore el trato y la capacitación de los terapeutas y que se incorporen más especialistas al Centro.

### *Adolescentes*

Al comparar a los pacientes adolescentes del seguimiento (5 desertores inmediatos, 12 desertores rápidos y 7 desertores tardíos) se encuentran varias diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 15). Aunque la proporción del sexo masculino es muy similar en los tres grupos (63-67%), la edad difiere significativamente ( $Z = 8,902$ ;  $\alpha = ,012$ ) pues los desertores inmediatos tienen casi 16 años, los rápidos 14 años y los tardíos sólo 13 años en promedio, siendo esto una diferencia de 3 años entre los inmediatos y los tardíos.

En los tres tipos de desertores el nivel educativo más común es de Secundaria (64-75%) y la mayoría son solteros (86-100%), mientras que la mayoría de sus padres están casados o en unión libre (entre 70 y 80%). En cuanto a la escolaridad de la madre resalta que mientras la mayoría de las madres de desertores inmediatos y rápidos estudiaron hasta Secundaria (60 a 75%) solamente el 27% de las madres de los desertores tardíos alcanza este nivel educativo, lo cual es estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 17,466$ ;  $\alpha = ,026$ ). La ocupación más frecuente es la de estudiante, aunque es notorio que mientras todos los desertores tardíos son estudiantes, en los rápidos y los inmediatos aumenta el porcentaje de aquellos que además trabajan (alrededor de 15%) y de aquellos que son desempleados o desertores escolares (23% de inmediatos y 4% de rápidos). El ingreso económico mensual promedio es similar en desertores inmediatos y tardíos (\$3,850) y es inferior en los desertores rápidos (\$2,000). Además, nuevamente el número de sesiones asistidas difiere significativamente entre los tres grupos ( $Z = 46,930$ ;  $\alpha = ,000$ ), siendo el promedio para los inmediatos de 1 sesión, para los rápidos de 3 sesiones y para los tardíos de 7 sesiones.

Los principales motivos de consulta para los adolescentes son la desobediencia o rebeldía para los desertores inmediatos (57%), los problemas familiares para los rápidos (27%) y los problemas escolares para los desertores tardíos (17%). La mitad de los desertores tardíos y cerca de una cuarta parte de los desertores inmediatos y rápidos han tenido un tratamiento previo al del C.C.A.P. "Los Volcanes" para su problema, en la mayoría de los casos un tratamiento psicoterapéutico de corta duración (1 a 3 meses). 70% de los desertores inmediatos y alrededor de 90% de los rápidos y tardíos llegaron al C.C.A.P. "Los Volcanes" por la indicación de terceras personas, principalmente de sus padres y en menor grado de su escuela.

**TABLA 15.** Número y Porcentaje de *TIPOS DE DESERTORES ADOLESCENTES* en Función de *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS*

**ADOLESCENTES**

Variables Sociodemográficas	Desertores Inmediatos 1 sesión (12 - 20 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (12 - 20 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (12 - 14 años)		Variables Clínicas	Desertores Inmediatos 1 sesión (12 - 20 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (12 - 20 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (12 - 14 años)	
<b>Sexo</b>							<b>Motivos de Consulta</b>						
Femenino	5	36	11	37	4	33	Desobediencia / rebeldía	8	57	6	20	1	8
Masculino	9	64	19	63	8	67	Problemas familiares	0	0	8	27	1	8
(MEDIA ± DE)	15,8 ± 2,9 años		14,2 ± 2,4 años		12,8 ± 0,8 años		Problemas escolares	2	14	1	3	2	17
<b>Escolaridad</b>							<b>Tratamiento Previo</b>						
Primaria	0	0	4	13	3	25	Sí	3	25	6	22	6	50
Secundaria	9	64	21	70	9	75	*Psicoterapia	1	33	5	83	5	83
CCH/Preparatoria	3	21	3	10	0	0	*Tratamiento psiquiátrico	1	33	0	0	1	17
Licenciatura	2	14	2	7	0	0	*Apoyo para bajo rendimiento académico	0	0	1	17	0	0
(MEDIA ± DE)	15,8 ± 2,9 años		14,2 ± 2,4 años		12,8 ± 0,8 años		*Médico	1	33	0	0	0	0
<b>Escolaridad MADRE</b>							No	9	75	21	78	6	50
Primaria	2	20	5	21	5	45	<b>Duración del Tratamiento Previo</b>						
Secundaria	6	60	18	75	3	27	1-3 meses	0	0	2	100	2	67
CCH/Preparatoria	0	0	1	4	3	27	10-12 meses	0	0	0	0	0	0
Licenciatura	1	10	0	0	0	0	> 13 meses	1	100	0	0	1	33
Sin escolaridad	1	10	0	0	0	0	<b>Fuente de Referencia</b>						
(MEDIA ± DE)	15,8 ± 2,9 años		14,2 ± 2,4 años		12,8 ± 0,8 años		Autoreferido	4	31	4	14	1	8
<b>Estado Civil</b>							Terceros	9	69	25	89	11	92
Casado	1	7	0	0	0	0	*Padres	9	100	12	48	7	64
Unión libre	1	7	1	3	0	0	*Escuela	0	0	12	48	4	36
Soltero	12	86	29	97	12	100	*Médico	0	0	1	4	0	0
(MEDIA ± DE)	15,8 ± 2,9 años		14,2 ± 2,4 años		12,8 ± 0,8 años		<b>Número de Sesiones</b> (MEDIA ± DE)	1 ± 0		3,0 ± 1,2		7,3 ± 1,6	
<b>Estado Civil PADRES</b>							<b>N Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Con pareja*	9	82	18	72	8	67	**Soltero, separado o divorciado						
Sin pareja**	2	18	7	28	4	33	*Casado o unión libre						
<b>Ocupación</b>													
Estudia	8	62	25	89	12	100							
Trabaja	1	8	2	7	0	0							
Estudia y trabaja	1	8	2	7	0	0							
Desempleado	2	15	0	0	0	0							
Desercción escolar	1	8	1	4	0	0							
<b>Ingreso</b> (MEDIA ± DE)	\$3,750 ± \$3,181		\$1,978 ± \$1,703		\$3,933 ± \$2,685								

**TABLA 16.** Número y Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de VARIABLES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO

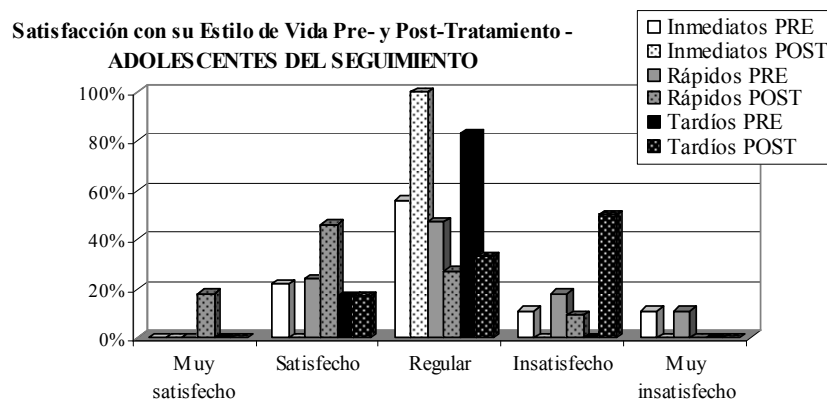
<b>ADOLESCENTES</b>						
<b>Variables Clínicas del Seguimiento</b>	Desertores Inmediatos <i>1 sesión</i> (12 - 20 años)		Desertores Rápidos <i>2-5 sesiones</i> (12 - 20 años)		Desertores Tardíos <i>&gt; 6 sesiones</i> (12 - 14 años)	
	N	%	N	%	N	%
	<b><i>Correspondencia en Motivo de Consulta Pre- y Post-Tratamiento</i></b>					
Coincide	3	60	8	67	5	71
No coincide	2	40	4	33	2	29
<b><i>Cambio en el Motivo de Consulta</i></b>						
Mejoría	3	60	10	83	3	43
* <i>Mucha</i>	1	33	3	30	2	67
* <i>Moderada</i>	1	33	5	50	1	33
* <i>Poca</i>	1	33	2	20	0	0
Sin cambios	2	40	2	17	4	57
Deterioro	0	0	0	0	0	0
<b><i>Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta</i></b>						
Tratamiento efectivo	1	14	5	28	4	50
Tratamiento no efectivo	0	0	0	0	4	50
Propios esfuerzo	2	29	6	33	0	0
Ayuda de otros	0	0	2	11	0	0
Requerir otra atención especializada	1	14	0	0	0	0
Cambios circunstanciales	0	0	2	11	0	0
Abandono del tratamiento	3	43	3	17	0	0
<b><i>Tratamiento Posterior</i></b>						
Sí	2	40	0	0	2	29
* <i>Tratamiento psiquiátrico</i>	1	100	0	0	1	50
* <i>Psicoterapia</i>	0	0	0	0	1	50
No	3	60	12	100	5	71
<b>N Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

En la Tabla 16 se exponen las variables clínicas que se obtuvieron para los adolescentes en el seguimiento. En 60% de los desertores inmediatos, en 67% de los rápidos y en 71% de los tardíos el motivo de consulta del seguimiento coincide con el registrado en sus expedientes. La mayoría de los desertores inmediatos (60%) y de los rápidos (83%) considera que su motivo de consulta mejoró después de su tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”, mientras que la mayoría de los desertores tardíos (57%) considera que no ha cambiado. Esta mejoría o la falta de cambio en su problema los desertores inmediatos la atribuyen principalmente a su abandono prematuro del tratamiento (43%) y a su propio



esfuerzo (30%). Los desertores rápidos la atribuyen más que nada a su propio esfuerzo o a la eficacia del tratamiento (alrededor de 30% en cada una). Los desertores tardíos, en cambio, atribuyen toda la mejoría o la falta de cambios de su problema al tratamiento, ya sea a su eficacia (50%) o ineficacia (50%). Solamente los desertores inmediatos y tardíos tuvieron un tratamiento posterior al del C.C.A.P. “Los Volcanes” para su problema (40% y 30%, respectivamente), en su mayoría de tipo psiquiátrico.

**FIGURA 49.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de su **SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA** Antes y Después del Tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”

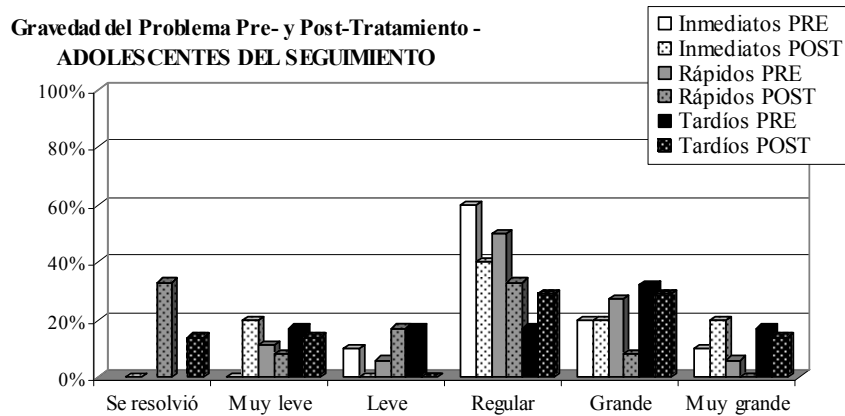


Al comparar la satisfacción con su vida de los adolescentes del seguimiento antes y después de su tratamiento (ver Figura 49), se nota que los desertores inmediatos pasaron de sentirse satisfechos, regular, insatisfechos y muy insatisfechos a sentirse todos regular Post-Tratamiento. Los desertores rápidos en general parecen estar más satisfechos con su vida después de su tratamiento, mientras que los desertores tardíos pasaron a estar más insatisfechos (50%) que antes de su tratamiento (0%). Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $Z = 6,341$ ;  $\alpha = ,042$ ).

La Figura 50 muestra que para ninguno de los desertores inmediatos, para 30% de los rápidos y para 15% de los tardíos su problema se había resuelto al momento del seguimiento. En lo demás, a simple vista no parece haber diferencias muy marcadas entre la gravedad del

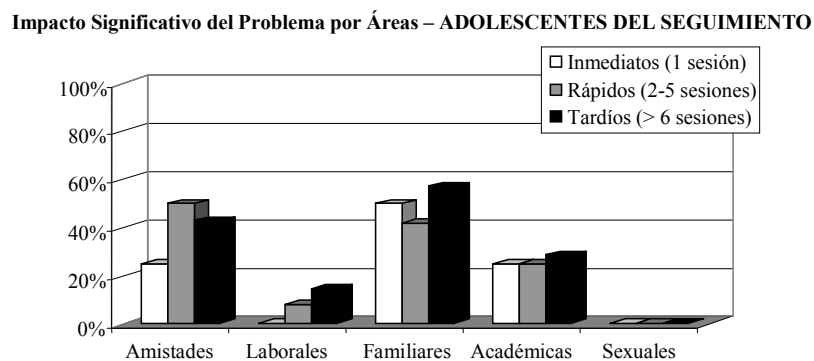
problema Pre- y Post-tratamiento en los distintos tipos de desertores ya que los mayores cambios no sobrepasan de 20% de diferencia.

**FIGURA 50.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA Antes y Después del Tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”

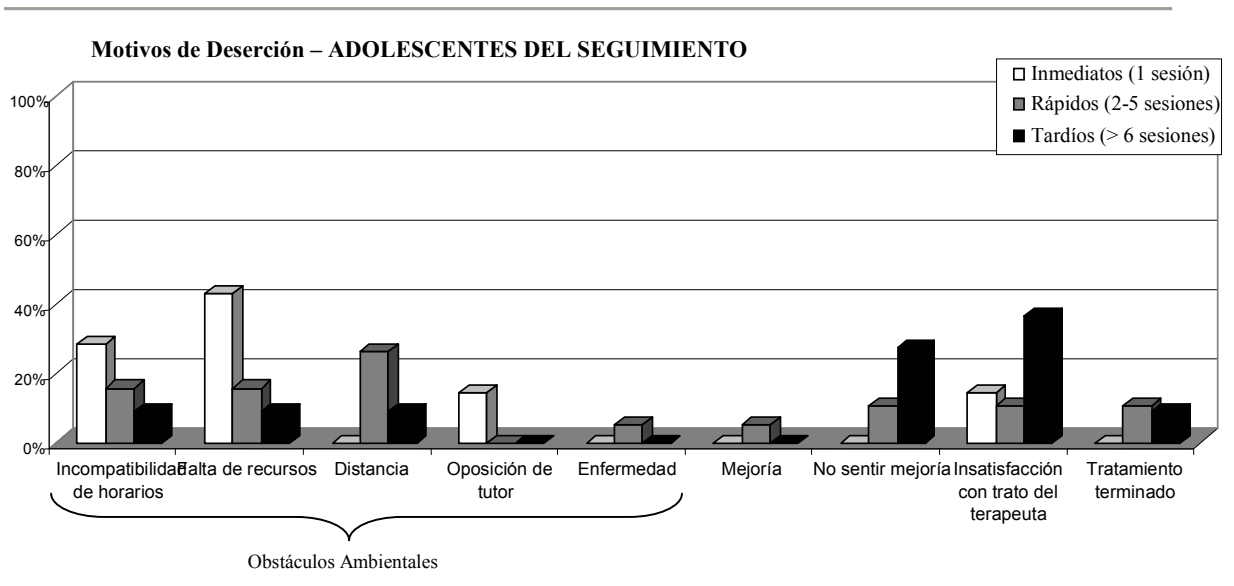


El problema que aqueja a los adolescentes del seguimiento, sin importar el tipo de desertor, suele afectarles significativamente (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en el área familiar (40 a 55%), en sus amistades (20 a 50%) y en lo académico (20%) (ver Figura 51).

**FIGURA 51.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas

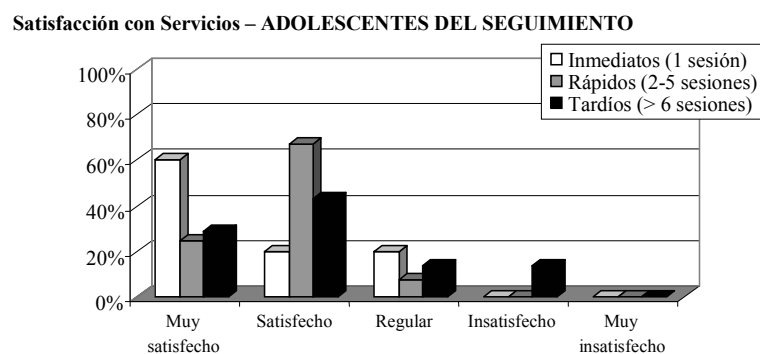


**FIGURA 52.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de sus **MOTIVOS DE DESERCIÓN** del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Los principales motivos de deserción de los adolescentes (ver Figura 52) son los obstáculos ambientales (75% en total de los desertores inmediatos y tardíos, y 50% de los rápidos) y la insatisfacción con el trato del terapeuta (10 a 15% de los desertores inmediatos y rápidos, y 35% de los tardíos). Además, un alto porcentaje de los desertores tardíos desertó por no sentir mejoría alguna (25%) y cerca del 10% de desertores tanto rápidos como tardíos consideró que su tratamiento ya había terminado. Sólo un desertor rápido dijo haber desertado por la mejoría de su problema.

**FIGURA 53.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de su **SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS** del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Según la Figura 53, la mayoría de todos los tipos de desertores adolescentes están satisfechos o muy satisfechos con los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes“ (70-90%), menos del 20% los considera regular y sólo un desertor tardío está insatisfecho.

**TABLA 17.** Número y Porcentaje de *ADOLESCENTES DEL SEGUIMIENTO* en Función de *VARIABLES DEL SERVICIO*

Variables del Servicio	ADOLESCENTES					
	Desertores Inmediatos <i>1 sesión</i> (12 - 20 años)		Desertores Rápidos <i>2-5 sesiones</i> (12 - 20 años)		Desertores Tardíos <i>&gt; 6 sesiones</i> (12 - 14 años)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Disposición de Regresar al Centro</b>						
Si	5	100	12	100	5	71
No	0	0	0	0	2	29
<i>*Problema se resolvió</i>	0	0	0	0	1	100
<b>Disposición de Recomendar el Centro</b>						
Si	5	100	12	100	6	86
No	0	0	0	0	1	14
<i>*Por no ver resultados</i>	0	0	0	0	1	100
<b>Lo que Más le Gustó</b>						
Atención y trato	5	100	12	92	7	70
Trato de recepcionista	0	0	1	8	1	10
Accesibilidad/rapidez del servicio	0	0	0	0	1	10
Sentir mejoría	0	0	0	0	1	10
<b>Lo que Menos le Gustó</b>						
Aspectos del terapeuta	1	50	2	67	3	100
Horarios	0	0	1	33	0	0
Precio	1	50	0	0	0	0
<b>Recomendaciones</b>						
Horarios	1	25	3	30	1	17
Mejor trato/capacitación del terapeuta	1	25	2	20	5	83
Precio	0	0	1	10	0	0
Promoción	0	0	1	10	0	0
Sesiones más frecuentes/largas	0	0	2	20	0	0
Visitas a domicilio	1	25	0	0	0	0
Más especialistas	1	25	1	10	0	0
<b>N Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Por último, la Tabla 17 revela que todos los desertores inmediatos y rápidos, y la mayoría de los desertores tardíos (70-85% aproximadamente) estarían dispuestos de volver a solicitar la atención del C.C.A.P. “Los Volcanes” y de recomendarlo a otros. A la mayoría de los tres tipos de desertores lo que más les gustó fue la atención y el trato de los terapeutas (70-100%), aunque lo que menos les gustó también fueron aspectos relacionados al terapeuta (50-100%); los desertores inmediatos eran los más satisfechos con la atención y los desertores tardíos los más insatisfechos con los terapeutas. En correspondencia con esto, los

desertores tardíos recomiendan mejorar principalmente la capacitación y el trato de los terapeutas (83%), mientras que los otros dos tipos suelen recomendar que se modifiquen los horarios (25-30%) y en menor grado que se mejore la capacitación y el trato del terapeuta (20-25%).

### *Adultos*

Los adultos del seguimiento fueron 3 desertores inmediatos, 11 desertores rápidos y 4 desertores tardíos (ver Tabla 18). En comparación con los niños y los adolescentes, la mayoría los adultos en los tres grupos eran del sexo femenino (74 a 88%). La edad promedio es de 33 años en los desertores inmediatos, de 35 años en los rápidos y de 37 años en los tardíos. El máximo nivel de estudios para la mayoría de los desertores inmediatos es de Preparatoria y de Secundaria para los rápidos de (40% cada uno), mientras que los desertores tardíos alcanzan estos niveles en menores porcentajes (33% en cada uno). Entre 50 y 60% de los desertores inmediatos y rápidos y casi 90% de los tardíos están casados o en unión libre, y resalta que mientras ninguno de los desertores tardíos está divorciado o separado casi 20% de los otros dos tipos sí lo está. La mayoría de los desertores inmediatos y rápidos trabajan (64%) y el resto son desempleados; los desertores tardíos, en cambio, tienen proporciones iguales de empleados y desempleados (40% cada una). El ingreso económico mensual es de \$4,200 en los desertores inmediatos, de \$3,600 en los rápidos y de \$3,000 en los tardíos. Nuevamente el número de sesiones asistidas es estadísticamente diferente en los tres grupos ( $Z = 61,174$ ;  $\alpha = ,000$ ), siendo de una sesión en los desertores inmediatos, de casi 3 en los rápidos y de 7 en los tardíos.

Los principales motivos de consulta en desertores inmediatos y rápidos son los problemas de pareja (36%) y en los desertores tardíos la depresión (44%). 20% de los desertores rápidos y alrededor del 40% de inmediatos y tardíos tuvieron un tratamiento previo para su problema, generalmente de tipo psicológico y de corta duración (1 a 3 meses), excepto en el caso de un desertor tardío, cuyo tratamiento duró de 10 a 12 meses, y un desertor inmediato, cuyo tratamiento duró más de 13 meses. Todos los desertores tardíos, 83% de los desertores rápidos y 90% de los inmediatos eran autoreferidos.

**TABLA 18. Número y Porcentaje de TIPOS DE DESERTORES ADULTOS en Función de VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS**

**ADULTOS**

Variables Sociodemográficas	Desertores Inmediatos 1 sesión (21 - 86 años)		Desertores Rápidos 2-5 sesiones (21 - 63 años)		Desertores Tardíos > 6 sesiones (24 - 52 años)	
<b>Sexo</b>						
Femenino	17	77	34	74	7	88
Masculino	5	23	12	26	1	13
(MEDIA ± DE)	33.4 ± 14.3 años		34.7 ± 9.8 años		37.1 ± 9.1 años	
<b>Edad</b>						
Primaria	1	5	6	13	2	22
Secundaria	7	35	18	40	3	33
CCH/Preparatoria	8	40	15	33	3	33
Licenciatura	4	20	5	11	1	11
Sin escolaridad	0	0	1	2	0	0
<b>Estado Civil</b>						
Casado	6	27	19	42	5	63
Unión libre	6	27	7	16	2	25
Soltero	5	23	9	20	1	13
Separado	3	14	5	11	0	0
Divorciado	1	5	3	7	0	0
Viudo	1	5	2	4	0	0
<b>Ocupación</b>						
Estudia	0	0	2	4	0	0
Trabaja	14	64	29	64	4	40
Estudia y trabaja	1	5	1	2	1	10
Desempleado	6	27	13	29	4	40
Jubilado	1	5	0	0	1	10
(MEDIA ± DE)	\$4,183 ± \$2,004		\$3,578 ± \$1,934			\$3,000
<b>Motivos de Consulta</b>						
Problemas de pareja	8	36	17	37	2	22
Depresión	5	23	14	30	4	44
Problemas familiares	5	23	3	7	0	0
<b>Tratamiento Previo</b>						
Sí	7	37	7	19	3	43
*Psicoterapia	3	43	2	29	2	67
*Tratamiento psiquiátrico	1	14	1	14	0	0
*Grupos de autoayuda	1	14	1	14	0	0
*Médico	1	14	0	0	0	0
No	12	63	29	81	4	57
<b>Duración del Tratamiento Previo</b>						
1-3 meses	3	75	3	100	0	0
10-12 meses	0	0	0	0	1	100
> 13 meses	1	25	0	0	0	0
<b>Fuente de Referencia</b>						
Autoreferido	19	90	35	83	8	100
Terceros	2	10	7	17	0	0
*Familiares	1	50	5	71	0	0
*Médico	1	50	2	29	0	0
<b>Número de Sesiones (MEDIA ± DE)</b>	1 ± 0		2.8 ± 1		7.1 ± 1.2	
<b>N Total</b>	22	100	46	100	9	100

\*Casado o unión libre      \*\*Soltero, separado o divorciado

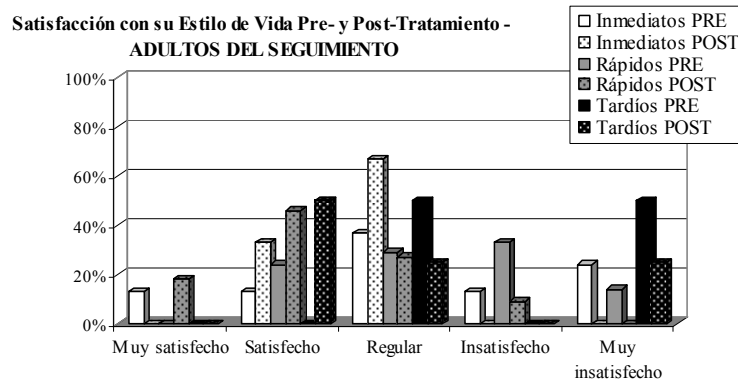
**TABLA 19.** Número y Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de VARIABLES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO

<b>ADULTOS</b>						
<b>Variables Clínicas de Seguimiento</b>	Desertores Inmediatos <i>1 sesión</i> (21 - 86 años)		Desertores Rápidos <i>2-5 sesiones</i> (21 - 63 años)		Desertores Tardíos <i>&gt; 6 sesiones</i> (24 -52 años)	
	N	%	N	%	N	%
	<b><i>Correspondencia en Motivo de Consulta Pre- y Post-Tratamiento</i></b>					
Coincide	2	67	6	55	4	100
No coincide	1	33	5	45	0	0
<b><i>Cambio en el Motivo de Consulta</i></b>						
Mejoría	3	100	10	91	3	100
* <i>Mucha</i>	1	33	5	30	1	33
* <i>Moderada</i>	2	67	3	50	3	100
* <i>Poca</i>	0	0	2	20	0	0
Sin cambios	0	0	0	0	0	0
Deterioro	0	0	0	0	0	0
* <i>Mucho</i>	0	0	1	9	0	0
<b><i>Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta</i></b>						
Tratamiento efectivo	3	100	4	29	5	63
Propio esfuerzo	0	0	3	21	2	40
Ayuda de otros	0	0	2	14	0	0
Cambios circunstanciales	0	0	2	14	1	20
Abandono del tratamiento	0	0	3	21	0	0
<b><i>Tratamiento Posterior</i></b>						
Si	0	0	3	27	2	50
* <i>Tratamiento psiquiátrico</i>	0	0	0	0	1	100
* <i>Psicoterapia</i>	0	0	2	67	0	0
* <i>Médico</i>	0	0	1	33	0	0
No	3	100	8	73	2	50
<b>N Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

En cuanto a las variables clínicas del seguimiento (ver Tabla 19) se observa que la mayoría de los motivos de consulta del seguimiento coinciden con los registrados en el expediente, sobre todo los de los desertores tardíos (100%) en comparación con los desertores inmediatos (67%) o rápidos (55%). A excepción de un desertor rápido, el cual considera que su problema se deterioró mucho, todos los demás pacientes consideran que su problema mejoró luego del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”, lo cual se atribuye primordialmente a la eficacia del mismo (100% de los inmediatos, 63% de los tardíos y 29% de los rápidos) o al propio esfuerzo (20-40% de los desertores rápidos y

tardíos). Ninguno de los desertores inmediatos, tres de los rápidos y dos de los tardíos tuvieron un tratamiento posterior al del C.C.A.P. “Los Volcanes” para su problema, ya sea psiquiátrico, psicoterapéutico o médico.

**FIGURA 54.** Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA Antes y Después del Tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”

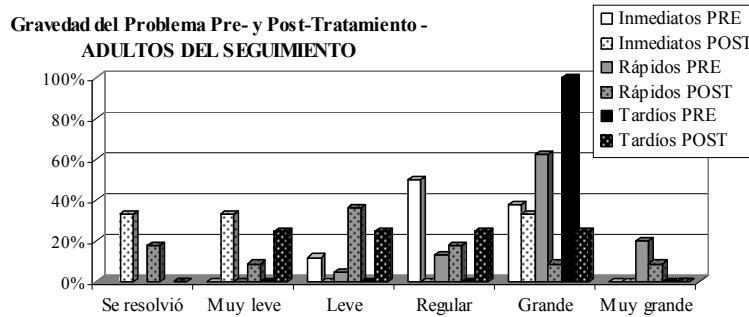


En cuanto a la satisfacción con su estilo de vida de los adultos (ver Figura 54) se nota que los desertores inmediatos, que antes del tratamiento se distribuían en todas las categorías, se concentran sólo en las categorías de regular (65%) y satisfecho (35%) Post-Tratamiento, mientras que los desertores rápidos y tardíos pasan a estar ligeramente más satisfechos después de su tratamiento que antes del mismo.

También se encontró que en los tres tipos de desertores adultos la gravedad de su problema difiere significativamente antes y después del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” ( $Z = -2,413$ ;  $\alpha = ,016$ ) ya que se observa un patrón general de disminución de la gravedad del problema Post-tratamiento (ver Figura 55).

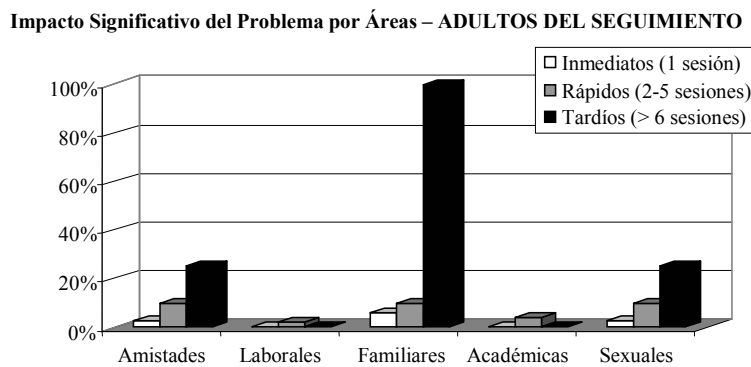


**FIGURA 55.** Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA Antes y Después del Tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”



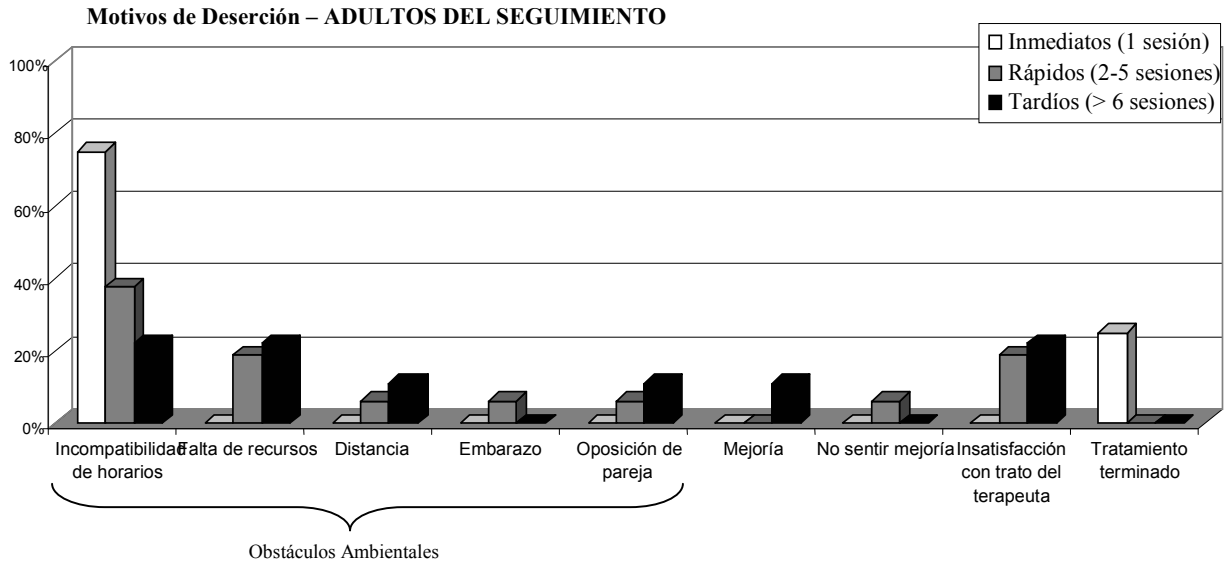
En la Figura 56 se observa que los diversos problemas de los adultos del seguimiento suelen afectarles en el área familiar, sus amistades y el área sexual, y es notorio que los desertores tardíos presentan problemas de mucho mayor impacto que los otros dos tipos. Sin embargo, estas diferencias no son significativas.

**FIGURA 56.** Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de un IMPACTO SIGNIFICATIVO DE SU PROBLEMA (puntaje > 5 en una escala de 0-10) en Distintas Áreas



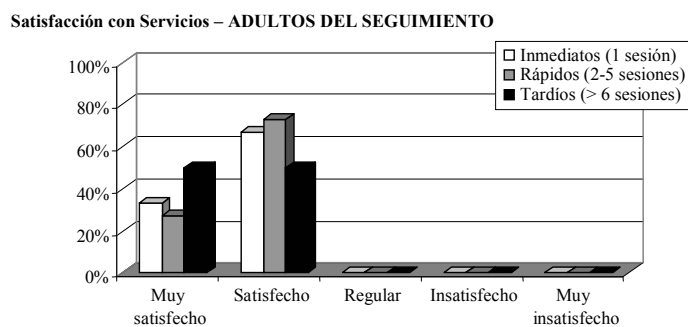
En cuanto a los motivos de deserción de los adultos del seguimiento (ver Figura 57), resulta notorio que los desertores inmediatos desertan exclusivamente por la incompatibilidad de horarios (75%) y por considerar que su tratamiento finalizó (25%),

**FIGURA 57.** Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de sus MOTIVOS DE DESERCIÓN del C.C.A.P. “Los Volcanes”



mientras que los desertores rápidos desertan por diversos tipos de obstáculos ambientales (cerca del 75%), por estar insatisfechos con sus terapeutas (17%) o por no sentir mejoría alguna (7%). Los motivos de deserción de los desertores tardíos son parecidos a los rápidos en cuanto a los obstáculos ambientales y la insatisfacción con su terapeuta, aunque cerca de 10% de ellos deserta por sentir mejoría.

**FIGURA 58.** Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de su SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS del C.C.A.P. “Los Volcanes”



Los tres tipos de desertores están satisfechos o muy satisfechos con los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” (ver Figura 58).

**TABLA 20.** Número y Porcentaje de *ADULTOS DEL SEGUIMIENTO* en Función de VARIABLES DEL SERVICIO

Variables del Servicio	ADULTOS					
	Desertores Inmediatos <i>1 sesión</i> (21 - 86 años)		Desertores Rápidos <i>2-5 sesiones</i> (21 - 63 años)		Desertores Tardíos <i>&gt; 6 sesiones</i> (24 -52 años)	
	N	%	N	%	N	%
<b><i>Disposición de Regresar al Centro</i></b>						
Si	3	100	10	91	4	100
No	0	0	1	9	0	0
<i>*Distancia</i>	0	0	1	100	0	0
<b><i>Disposición de Recomendar el Centro</i></b>						
Sí	3	100	11	100	4	100
No	0	0	0	0	0	0
<b><i>Lo que Más le Gustó</i></b>						
Atención y trato	2	67	8	73	2	40
Atención de docente	1	33	1	9	0	0
Trato de recepcionista	0	0	0	0	1	20
Accesibilidad/rapidez del servicio	0	0	1	9	2	40
Horarios	0	0	1	9	0	0
<b><i>Lo que Menos le Gustó</i></b>						
Aspectos del terapeuta	0	0	1	33	3	100
Horarios	1	100	1	33	0	0
Distancia	0	0	1	33	0	0
Precio	0	0	0	0	0	0
<b><i>Recomendaciones</i></b>						
Horarios	2	67	2	25	1	17
Mejor trato/capacitación del terapeuta	0	0	3	38	1	17
Precio	0	0	2	25	1	17
Promoción	1	33	1	13	1	17
Más talleres	0	0	0	0	2	33
<b>N Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Por último, las variables del servicio revelan que (ver Tabla 20) prácticamente todos los adultos del seguimiento estarían dispuestos a regresar al C.C.A.P. “Los Volcanes” y de recomendarlo a otras personas. Los que más les gustó de este Centro a la mayoría de los tres tipos de desertores fue la atención y el trato de los terapeutas y aspectos como la accesibilidad y rapidez del servicio (80-100% en total). Lo que menos les gustó a los desertores tardíos fueron aspectos relacionados al terapeuta, a los desertores inmediatos los horarios y a los desertores rápidos los factores anteriores más la distancia del Centro. Lo que recomiendan la mayoría de los desertores inmediatos es modificar los horarios de trabajo del C.C.A.P. “Los Volcanes”, los desertores rápidos

mejorar la capacitación y el trato del terapeuta, y los desertores tardíos recomiendan principalmente aumentar los talleres impartidos en este Centro.

d) Muestra combinada dividida por tipos de desertores comparada con la muestra combinada de pacientes finalizadores

Debido a que ya se describieron anteriormente las características básicas de los diferentes tipos de desertores y de los pacientes finalizadores (tanto como muestra combinada como por submuestras de edad), en este apartado solamente se expondrán aquellas variables en las que difieren significativamente estos dos grupos.

***Desertores inmediatos y finalizadores***

Al comparar a estos dos grupos ( $n = 53$  y  $n = 67$ , respectivamente), la única diferencia estadísticamente significativa que se encuentra es en función del número de sesiones asistidas ( $Z = -9,463$ ;  $\alpha = ,000$ ), siendo el promedio de sesiones para los desertores inmediatos de 1 sola sesión y para los finalizadores de 9 sesiones.

***Desertores rápidos y finalizadores***

Nuevamente la única diferencia significativa entre estos dos grupos ( $n = 101$  y  $n = 67$ , respectivamente) es el número de sesiones asistidas ( $Z = -9,072$ ;  $\alpha = ,000$ ), ya que los desertores asisten en promedio a 3 sesiones en comparación con las 9 de los finalizadores.

***Desertores tardíos y finalizadores***

Aunque los desertores tardíos ( $n = 29$ ) asisten en promedio a casi 8 sesiones de tratamiento, siendo esto solo una sesión menos que el promedio de sesiones asistidas de los finalizadores ( $n = 67$ ), esta diferencia también es significativa ( $Z = -2,219$ ;  $\alpha = ,027$ ).

- e) Submuestras de edad divididas por tipos de desertores comparada con las submuestras de edad de pacientes finalizadores

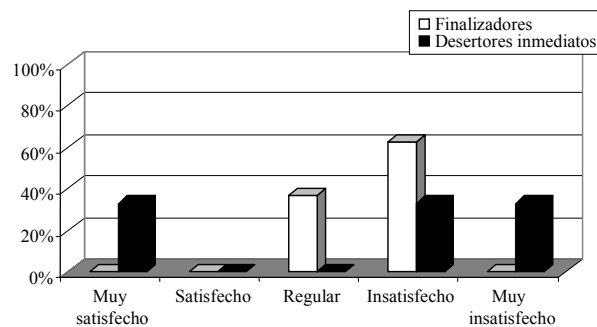
### ***Tipos de desertores y finalizadores niños***

En este grupo de edad, sólo los desertores inmediatos ( $n = 17$ ) y los rápidos ( $n = 25$ ), difieren significativamente de los niños finalizadores ( $n = 23$ ) en cuanto al número de sesiones asistidas ( $Z = - 4,977$ ;  $\alpha = ,000$  con 1 sesión en promedio y  $Z = - 3,319$ ;  $\alpha = ,001$  con 3-4 sesiones en promedio, respectivamente). Los desertores tardíos ( $n = 8$ ) y los finalizadores, en cambio, acuden prácticamente al mismo número de sesiones en promedio (8.8 y 8.7, respectivamente).

Además, la satisfacción con su estilo de vida difiere significativamente entre los desertores inmediatos y los finalizadores ( $Z = 11,000$ ;  $\alpha = ,027$ ), pues como se puede observar en la Figura 59 los finalizadores suelen estar insatisfechos (60%) o regular (40%), mientras que los desertores inmediatos se concentran en las categorías más extremas, es decir *muy satisfecho*, *insatisfecho* y *muy insatisfecho* (33% en cada una)

**FIGURA 59.** Porcentaje de *NIÑOS DESERTORES INMEDIATOS Y FINALIZADORES* en Función de su *SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA*

Satisfacción con su Estilo de Vida – NIÑOS FINALIZADORES y DESERTORES INMEDIATOS



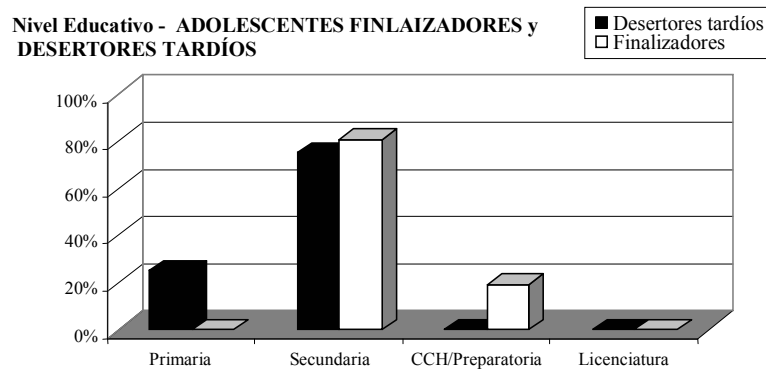
### ***Tipos de desertores y finalizadores adolescentes***

De forma similar que los niños, los desertores inmediatos ( $n = 14$ ) y rápidos ( $n = 30$ ) de este grupo de edad asisten a significativamente menos sesiones de tratamiento que los finalizadores ( $n = 21$ ) ( $Z = - 5,139$ ;  $\alpha = ,000$  con 1 sesión en promedio y  $Z = - 5,926$ ;  $\alpha = ,000$  con 3 sesiones en promedio, respectivamente). Aunque los desertores tardíos ( $n$

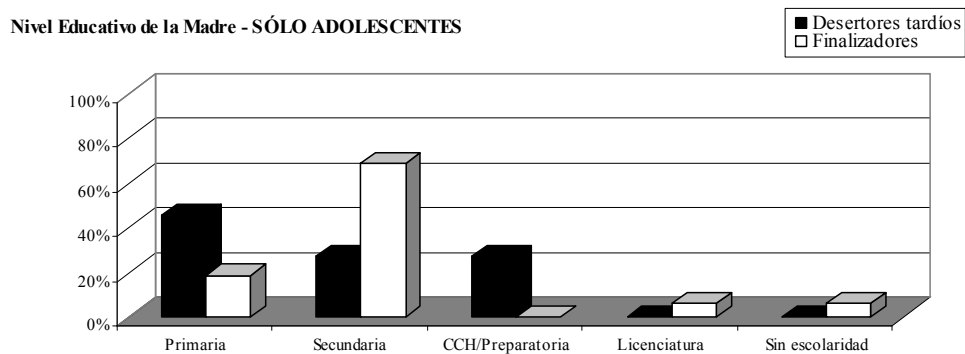
= 12) asisten a menos sesiones en promedio (7.3) que los finalizadores (9.1), esto no es estadísticamente significativo.

Sin embargo, los desertores tardíos difieren significativamente de los finalizadores en cuanto a su nivel educativo ( $\chi^2 = 7,570$ ;  $\alpha = ,023$ ) y el nivel educativo de sus madres ( $\chi^2 = 9,470$ ;  $\alpha = ,050$ ), pues como lo muestra la Figura 60 los desertores tardíos y los finalizadores alcanzan la Secundaria en porcentajes similares (75-80%), pero el resto de los desertores tardíos se distribuye exclusivamente en el nivel de Primaria, mientras que el resto de los finalizadores estudian hasta la Preparatoria.

**FIGURA 60.** Porcentaje de *ADOLESCENTES DESERTORES TARDÍOS Y FINALIZADORES* en Función de su NIVEL EDUCATIVO



**FIGURA 61.** Porcentaje de *ADOLESCENTES* Desertores Tardíos y Finalizadores en Función del NIVEL EDUCATIVO DE SU MADRE



De forma similar, el nivel educativo de las madres (ver Figura 61) es más alto en los finalizadores, ya que la mayoría (65%) estudia hasta la Secundaria, mientras que en los desertores tardíos la escolaridad de la madre más frecuente es de Primaria (45%).

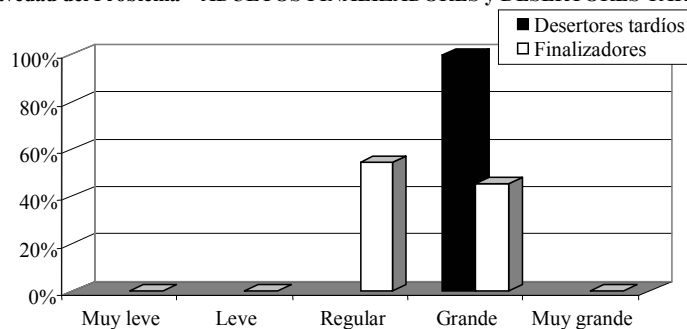
### ***Tipos de desertores y finalizadores adultos***

En este grupo de pacientes todos los tipos de desertores difieren significativamente de los finalizadores (n = 23) en cuanto al número de sesiones asistidas. Los desertores inmediatos (n = 22) asisten a sólo una sesión en promedio ( $Z = - 6,117$ ;  $\alpha = ,000$ ), los rápidos (n = 46) asisten a casi 3 sesiones en promedio ( $Z = - 6,350$ ;  $\alpha = ,000$ ) y los tardíos (n = 8) asisten a 7 sesiones en promedio ( $Z = - 2,369$ ;  $\alpha = ,018$ ), en comparación con el promedio de 10 sesiones de los finalizadores.

Además, los desertores tardíos también difieren significativamente de los finalizadores en cuanto a la gravedad de su problema ( $Z = - 2,131$ ;  $\alpha = ,033$ ), ya que los primeros califican su problema exclusivamente como grande, mientras que los segundos lo califican como regular (55%) o grande (45%)(ver Figura 62).

**FIGURA 62.** Porcentaje de *ADULTOS DESERTORES TARDÍOS Y FINALIZADORES* en Función de su GRAVEDAD DEL PROBLEMA

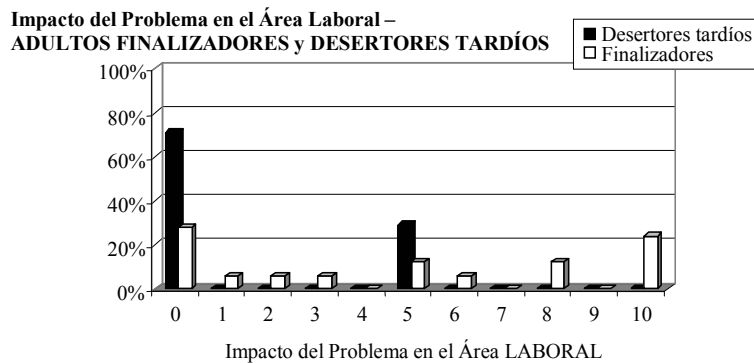
**Gravedad del Problema – ADULTOS FINALIZADORES y DESERTORES TARDÍOS**



Por último, los desertores tardíos también difieren significativamente de los finalizadores con respecto al impacto de su problema en el área laboral ( $Z = - 2,078$ ;  $\alpha = ,038$  al tomar en cuenta la escala completa de puntuaciones de 0 a 10). Como se puede observar en la Figura 63, los problemas de los desertores tardíos tienen poco impacto en

su área laboral, pues 70% lo califica con 0 (= Nada) y el resto lo califica con 5, lo cual no alcanza a ser un impacto significativo. En contraste, aunque 25% de los finalizadores también califica el impacto de su problema en el área laboral con 0, la siguiente calificación más frecuente es la de 10 (= Totalmente) (poco más de 20%), además de que en total cerca de 30% de estos pacientes manifiestan un impacto significativo de su problema en el área laboral.

**FIGURA 63.** Porcentaje de *ADULTOS DESERTORES TARDÍOS Y FINALIZADORES* en Función del IMPACTO DE SU PROBLEMA EN EL ÁREA LABORAL (escala de 0-10)





## VIII. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue identificar las variables que están relacionadas a la deserción de la psicoterapia y que pueden predecirla para así poder desarrollar estrategias de prevención de este fenómeno desde la primera sesión del tratamiento. Por ello, primero se expondrán los hallazgos más significativos de este estudio y luego se describirán posibles estrategias de prevención de la deserción de la psicoterapia.

De las seis hipótesis planteadas en la presente investigación, todas recibieron apoyo empírico en algunas de las variables analizadas:

1. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes desertores y finalizadores en cuanto a:
  - a) una variable sociodemográfica (nivel educativo) y
  - b) tres variables clínicas (número de sesiones asistidas, tratamiento previo e impacto del problema).
  
2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las submuestras de edad de desertores en cuanto a:
  - a) tres variables sociodemográficas (edad en *adolescentes*; ocupación e ingreso económico en *adultos*) y
  - b) dos variables clínicas (número de sesiones asistidas e impacto del problema en *niños, adolescentes y adultos*).
  
3. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de desertores (inmediatos, rápidos y tardíos) en cuanto a:
  - a) cuatro variables clínicas (número de sesiones asistidas, atribución del cambio en el motivo de consulta, satisfacción con su estilo de vida Pre- y Post-tratamiento y gravedad del problema Pre- y Post-tratamiento).

4. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las submuestras de edad de los distintos tipos de desertores en cuanto a:
  - a) dos variables sociodemográficas (edad y nivel educativo de la madre en *adolescentes*),
  - b) tres variables clínicas (número de sesiones asistidas en *niños*, *adolescentes* y *adultos*, satisfacción con su estilo de vida Pre- y Post-tratamiento en *adolescentes*; gravedad del problema Pre- y Post-tratamiento en *adultos*)
  
5. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre tipos de desertores y finalizadores en cuanto a:
  - b) una variable clínica (número de sesiones asistidas)
  
6. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las submuestras de edad de los tipos de desertores y finalizadores en cuanto:
  - a) seis variables clínicas (número de sesiones asistidas en *niños*, *adolescentes* y *adultos*, satisfacción con el estilo de vida en *niños*; nivel educativo y nivel educativo de la madre en *adolescentes*; gravedad del problema e impacto del problema en *adultos*)

Las únicas variables que no mostraron diferencias significativas entre los grupos comparados fueron las variables del terapeuta, los motivos de deserción y las variables del servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”.

a) Variables Sociodemográficas

***Sexo***

La muestra del presente estudio se conformó de proporciones desiguales de ambos sexos ya que en niños y adolescentes había más pacientes del sexo masculino (65-70%), mientras que la mayoría de los adultos eran mujeres (casi 80%). Sin embargo, no se encontró un mayor índice de deserción en el sexo femenino como lo han reportado

estudios anteriores (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993), pues en ambos sexos el 73% del total desertó de su tratamiento.

### ***Edad***

La edad promedio de la muestra completa es de alrededor de los 20 años, aunque al dividirla por grupos de edad (niños = 2-11 años, adolescentes = 12-20 años y adultos = 21-86 años) el promedio para niños está entre siete y ocho años, para adolescentes es 14 años y para adultos es aproximadamente 35 años. En el caso de niños y adultos los desertores son más jóvenes que los finalizadores (1 a 3 años), lo cual coincide con la mayoría de los estudios pasados (Baekeland y Lundwall, 1975; Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Cedillo, 2005; Marini et al., 2005; Thormählen et al., 2003), aunque los adolescentes tienen la misma edad en ambos grupos. Sin embargo, también se encontró que en los adolescentes los desertores inmediatos son significativamente mayores (16 años) que los desertores rápidos o tardíos (13-14 años), lo cual puede deberse a que con el aumento de la edad probablemente gozan de una mayor independencia y poder de decisión y, a la vez, un menor control de sus padres sobre cuando terminar el tratamiento. Los adolescentes de menor edad, en cambio, quizá están más sujetos a las decisiones de sus padres (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988; Shuman y Shapiro, 2002) y probablemente tienen menos posibilidades de rebelarse. Con este hallazgo se extienden los conocimientos sobre los pacientes adolescentes, pues se demuestra que los de menor edad (menores a 14 años) se parecen más a los pacientes niños en cuanto a su poder de decisión sobre su tratamiento, mientras que los de mayor edad (mayores a 15 años) se parecen más a los adultos en este aspecto. Además, resalta que en los adultos tanto los finalizadores como los desertores tardíos son significativamente mayores (37 años) a sus grupos de comparación (34 años en promedio), lo cual puede ser indicativo de que los desertores tardíos y los finalizadores se parecen entre sí por permanecer en su tratamiento durante periodos más prolongados (al menos 6 sesiones) y esto suele darse más en pacientes ligeramente mayores. Sin embargo, no es posible establecer un corte exacto de edad que separe a los pacientes que asisten a muy pocas sesiones de los que asisten a un mayor número e incluso llegan a terminar su tratamiento.

### *Nivel Educativo*

En general, la muestra de este estudio proviene de un nivel educativo bajo ya que el máximo nivel de estudios es de Primaria o de Secundaria en la mayoría de los pacientes tanto desertores como finalizadores (casi 70%). En correspondencia con este bajo nivel educativo, como lo han documentado numerosos estudios pasados, hay un mayor índice de deserción en esta muestra (73%) al que generalmente se documenta (20-60%) (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Garfield, 1994; Marini et al., 2005; Sánchez et al., 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993), indicando que estos pacientes probablemente tienen pocos conocimientos sobre los servicios de salud mental y expectativas inadecuadas sobre los aspectos básicos de un tratamiento psicoterapéutico. Al comparar a los desertores con los finalizadores destaca que los adultos finalizadores tienen el mayor nivel educativo (65% estudia hasta la Preparatoria o Licenciatura), lo cual coincide con el postulado de que un nivel educativo más alto suele venir acompañado de mayores conocimientos sobre las características de una psicoterapia y por ende de expectativas más sofisticadas, ambos factores que disminuyen el riesgo de deserción (Richmond, 1992). De hecho se esperaría que los desertores tardíos al igual que los finalizadores tuvieran un nivel educativo más elevado que los otros dos tipos debido a que permanecen durante más sesiones en su tratamiento; sin embargo, en el presente estudio se encontró una correlación indirecta entre el nivel educativo y el número de sesiones asistidas, es decir que mientras más bajo es el nivel educativo los pacientes asisten a un mayor número de sesiones, y por ende los desertores tardíos tienen el nivel educativo más bajo de todos los tipos de desertores. Solamente en la submuestra de los niños no se observa este patrón, pues estos pacientes asisten a un mayor número de sesiones mientras mayor es el nivel educativo de sus madres (es de Primaria en los desertores inmediatos, de Secundaria en los desertores rápidos y de Preparatoria en los desertores tardíos). Así, en el caso de los pacientes adolescentes y adultos estos resultados contradicen que los pacientes de bajo nivel educativo suelen percibir la psicoterapia como menos creíble y efectiva y que por ello tienen una mayor probabilidad de desertar de la misma (Nock y Kazdin, 2001), y sólo en el caso de las madres de pacientes niños este supuesto parece ser cierto. Sin embargo, cabe notar que en México

no es la primera vez que se encuentran resultados que indican que a menor educativo parece haber una mayor adherencia al tratamiento (Cedillo, 2005; Robles, 2003).

Una explicación plausible para estos datos sería que quizás en general los pacientes de menor nivel educativo confían más en las habilidades de sus terapeutas ya que los consideran como “profesionales expertos”, mientras que los de mayor nivel educativo probablemente sean más críticos o incluso escépticos ante la situación terapéutica. Este supuesto se puede aplicar también en el caso de los niños, ya que si se considera que las expectativas de los padres determinan de forma directa la terminación de la psicoterapia de sus hijos y que ellos con frecuencia tienen poco contacto con el terapeuta (McCabe, 2002; Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988), es bastante factible que los padres de bajo nivel educativo tengan expectativas erróneas acerca del tratamiento (lo cual incrementa el riesgo de deserción), mientras que los padres de un nivel educativo más alto llegan a tener expectativas más realistas o flexibles ante la situación terapéutica (lo cual reduce el riesgo de deserción).

### ***Ingreso***

En general, la muestra de este estudio proviene de un nivel socioeconómico bajo. El ingreso promedio total por hogar de cada paciente es de aproximadamente \$3,000 pesos mensuales y esto considerando que los hogares de esta población suelen conformarse por familias extendidas con mín. tres miembros. Nuevamente, el alto índice de deserción encontrado en esta muestra (73%) confirma el hallazgo común de mayor deserción en poblaciones de bajo nivel socioeconómico (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Torres y Lara, 2002). Sin embargo, en el presente estudio sobresale que no solamente los desertores tienen un ingreso mayor que los finalizadores (en el caso de los adultos incluso es significativamente mayor debido a una diferencia de \$1,300 mensuales en promedio), sino que de los tres tipos de desertores los desertores inmediatos son los del mayor y los desertores tardíos los de menor ingreso mensual ((\$4,000 y \$2,500 mensuales, respectivamente). Además, económicamente los niños, que presentan 69% de deserción, son los menos favorecidos (\$2,400), mientras que los adultos, con 77% de deserción, son los más favorecidos (\$3,600). Así, parece que los pacientes con el mayor ingreso económico son los que más desertan y sobre todo en las etapas iniciales

del tratamiento, indicando que, a diferencia de lo que se ha reportado en otros estudios (Self et al., 2005), en esta muestra el mayor ingreso económico predice una menor asistencia. Esto quiere decir que el bajo ingreso económico no parece ser un impedimento físico que favorece la deserción de la psicoterapia y más bien hay otras variables que parecen jugar un papel mucho más determinante en la deserción de estos pacientes (probablemente su motivación, su satisfacción con el terapeuta, el cumplimiento de sus expectativas, etc.). Incluso da la impresión de que los pacientes con un mayor nivel económico están menos dispuestos a “derrochar” su dinero en algo que quizá no los convence del todo, mientras que los pacientes de bajos recursos parecen considerar que su tratamiento psicológico es una buena inversión y que “lo vale”.

### ***Ocupación***

La mayoría de los pacientes del presente estudio son estudiantes (más de 50%) o empleados (hasta 30%). El porcentaje de deserción escolar y de desempleo es nulo tanto en niños como en adolescentes finalizadores y desertores tardíos, mientras que en los desertores inmediatos es de 23% y en los desertores rápidos de 4%. Esto coincide con los autores que reportan que los desempleados o desertores escolares están más proclives a desertar de su tratamiento porque tienden a ser más inestables en la mayoría de sus actividades (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005). En los adultos, sin embargo, se encontró que los pacientes que presentan el mayor índice de desempleo o deserción escolar son los pacientes que permanecieron durante más tiempo en su tratamiento: los finalizadores (60%, lo cual es significativamente mayor a los desertores) y los desertores tardíos (40%). Esta mayor probabilidad de los desempleados o desertores escolares de finalizar su tratamiento sólo ha sido reportada en un estudio anteriormente (Marini et al., 2005) y puede deberse al hecho de que los desempleados y desertores escolares quizá tengan una mayor motivación de superar sus conflictos y “volver al buen camino” o que, al no estar involucrados en un aspecto laboral o académico, físicamente tengan más facilidad de asistir a su tratamiento y completarlo.

### ***Clase Social***

La clase social, una medida compuesta de factores como educación, ingreso económico y ocupación, con frecuencia se ha asociado con la deserción de la psicoterapia ya que los pacientes de bajo nivel educativo y socioeconómico y de poca estabilidad ocupacional (desempleo, deserción escolar, etc.) suelen desertar más de su tratamiento psicoterapéutico (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994, Wierzbicki y Pekarik, 1993). Como ya se vio anteriormente, en el presente estudio los pacientes adultos que desertan más son los que tienen justamente las características opuestas a las mencionadas, es decir, un nivel educativo y socioeconómico más alto y una mayor estabilidad ocupacional. Una explicación para este fenómeno puede basarse en el supuesto de que la relación entre la deserción de la psicoterapia y la clase social está mediada por la semejanza o discrepancia de las expectativas acerca del tratamiento entre pacientes y terapeutas (Garfield, 1994). Así, parece que los pacientes desertores de este estudio, por gozar de más conocimientos y posibilidades económicas, tienen expectativas más exigentes hacia el trato del terapeuta y la eficacia del tratamiento, mientras que los pacientes finalizadores (de menor ingreso, nivel educativo y estabilidad ocupacional), por tener menos conocimientos, oportunidades y posibilidades económicas, parecen aceptar el tratamiento y el trato de su terapeuta tal y como son y tener una mayor confianza en la pericia de su terapeuta.

### ***Estado Civil***

Debido a la gran cantidad de pacientes niños y adolescentes en esta investigación (los cuales en su mayoría son solteros), el estado civil más frecuente de la muestra es el de soltero (60-75%). Sin embargo, en todos los grupos comparados la mayoría de los padres tanto de niños como de adolescentes están casados o en unión libre (70 a 80% aproximadamente). Aunque se ha observado que los niños que viven con ambos padres tienen más probabilidad de deserción (Lazaratou et al., 2006), en este estudio los niños de hogares monoparentales tienen un mayor índice de deserción (83%) que los de hogares biparentales (66%), mientras que los adolescentes de hogares monoparentales desertan menos (68%) que los que viven con ambos padres (75%). Estos datos podrían indicar, por un lado, que tanto los niños de hogares con ambos padres como los adolescentes de

hogares monoparentales probablemente viven en un ambiente con más oportunidades que favorecen su permanencia en el tratamiento, aunque no resulta claro qué variables podrían ser las decisivas en esta relación.

La mayoría de los pacientes adultos (finalizadores y desertores) también suelen estar casados o en unión libre (alrededor del 60%). Aunque en investigaciones anteriores se ha encontrado que los pacientes solteros, separados o divorciados suelen desertar con más frecuencia del tratamiento psicoterapéutico porque se especula que tienen una menor capacidad de formar un vínculo estable con el terapeuta (Baekeland y Lundwall, 1975; Cedillo, 2005; Wierzbicki y Pekarik, 1993), en el presente estudio tanto los pacientes con pareja (casados o en unión libre) como sin pareja (solteros, separados, divorciados o viudos) tienen índices de deserción muy similares (76% y 72%, respectivamente). Esto puede deberse a que el estado civil solamente denota si el paciente vive o no con una pareja; muchos pacientes solteros, sin embargo, también pueden tener una pareja estable con la cual no viven y más aún, el hecho de tener pareja o no (sin importar si se vive o no con ella) no necesariamente indica la capacidad de relacionarse y formar vínculos con los demás. Por ello, ni en el caso de niños y adolescentes ni en el de adultos se puede identificar una relación clara entre el estado civil y la deserción de la psicoterapia.

### ***Variables del Terapeuta***

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos comparados (desertores y finalizadores, submuestras de edad y tipos de desertores) en cuanto a las dos variables de los terapeutas (sexo y nivel de experiencia). La mayoría de los pacientes en todos los grupos fueron atendidos por estudiantes jóvenes inexpertos del sexo femenino y sólo un porcentaje mínimo fue atendido por estudiantes del sexo masculino, estudiantes mayores (que aparentan ya tener una trayectoria profesional por su edad) o terapeutas certificados. Aunque en estudios anteriores se ha demostrado que los terapeutas inexpertos y los del sexo masculino suelen tener mayores índices de deserción (Baekeland y Lundwall, 1975; Goldenberg, 2002; Frayn, 1992; Garfield, 1994; Pekarik y Stephenson, 1988), en el presente estudio este índice es muy similar en todos los tipos de terapeutas (71-77%), lo cual indica que ni el sexo ni el nivel



de experiencia del terapeuta por sí solos parecen jugar un papel importante en la deserción del tratamiento psicoterapéutico en el C.C.A.P. “Los Volcanes”.

b) Variables Clínicas

*Número de Sesiones*

El promedio de número de sesiones asistidas en el C.C.A.P. “Los Volcanes” de los pacientes de la muestra estudiada es de 4.8 sesiones; no obstante, los finalizadores asisten a significativamente más sesiones (9 en promedio) que los desertores (3 en promedio). Debido a que la muestra de desertores se separó en tipos de desertores en función del número exacto de sesiones a las que asistieron (desertores inmediatos = 1 sesión; desertores rápidos = 2-5 sesiones; desertores tardíos = más de 6 sesiones), los tres tipos difieren significativamente entre sí en cuanto a este número, aunque sólo se debe a la forma de medir la deserción y no al efecto de alguna otra variable. Al comparar a los desertores tardíos con los finalizadores sólo hay una sesión de diferencia entre ambos grupos (los finalizadores asisten a una más); sin embargo esta diferencia es significativa. Al tomar en cuenta las submuestras de edad se encuentra que en todos los tipos de desertores los niños y los adolescentes son los que en promedio asisten a más sesiones (3.6 y 3.5, respectivamente) mientras que los adultos son los que asisten a la menor cantidad de sesiones (3). En los finalizadores, en cambio, los que asisten a más sesiones son los adultos (10 en promedio), seguidos por los adolescentes (9 en promedio) y los niños (8.7 en promedio), lo cual indica que los padres de pacientes niños y adolescentes los mantienen durante más tiempo en el tratamiento porque probablemente tienen poco contacto con el terapeuta y poco conocimiento sobre los posibles avances de sus hijos (o la falta de ellos) (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988). Cuando son ellos mismos los que están en tratamiento (pacientes adultos), en cambio, parecen estar dispuestos a desertar al poco tiempo si sus expectativas no se cumplen. También se encontró que en los niños los desertores tardíos no difieren significativamente de los finalizadores debido a que ambos grupos de pacientes asisten a un número similar de sesiones (los desertores tardíos asisten a 8.8 y los finalizadores a 8.7), lo cual indica que los padres de pacientes

niños esperan obtener resultados dentro de las primeras 7 u 8 sesiones del tratamiento y que en general no están dispuestos a seguir asistiendo si no obtienen estos resultados, lo cual confirma la expectativa común de ser atendido eficazmente en muy pocas sesiones de la mayoría de los pacientes de psicoterapia (Garfield, 1994; Pekarik, 1985).

### ***Fuente de Referencia***

La fuente de referencia un indicador motivacional muy importante que denota tanto la conciencia de tener un problema como el posible deseo de solucionarlo (Baekeland y Lundwall, 1975; Baruch, Gerber y Fearon, 1998; Drisko, 2004; Pekarik y Stephenson, 1988; Richmond, 1992). Aunque no se encontraron diferencias específicas entre desertores y finalizadores en cuanto a su fuente de referencia, en la presente investigación resalta que prácticamente todos los niños y cerca de 80% de los adolescentes fueron traídos al servicio psicológico del C.C.A.P. “Los Volcanes” por el deseo de terceras personas, sobre todo por sus padres y en menor medida por su escuela. Los adultos, en cambio, en su mayoría son autoreferidos (cerca de 90%) y la minoría que no lo es generalmente acudía por la recomendación de familiares o médicos. Estos resultados concuerdan con estudios pasados que han documentado que la mayoría de los pacientes niños y adolescentes suelen acudir a tratamiento psicológico por el deseo de terceras personas y que sólo un porcentaje mínimo acude por su propia voluntad y motivación (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988; Shuman y Shapiro, 2002). De hecho, al comparar los índices de deserción de niños, adolescentes y adultos destaca que los niños tienen el menor porcentaje (69%) y los adultos el mayor porcentaje (77%) de desertores, lo cual nuevamente ilustra su incapacidad (de los niños y adolescentes) de poder terminar su tratamiento psicológico en el momento que lo desean, en contraste con los adultos (Pekarik y Stephenson, 1988). En cuanto a los tipos de desertores destaca que los desertores inmediatos y los tardíos tenían el mayor porcentaje de pacientes autoreferidos, lo cual podría indicar que son los pacientes más motivados por solucionar sus problemas, aunque también son los pacientes que más fácilmente se decepcionan y desertan si sus expectativas no se cumplen desde la primera sesión, lo cual confirma la importancia de obtener un beneficio prácticamente inmediato (Baekeland y Lundwall, 1975; Richmond, 1992) y/o una aclaración acerca de los aspectos básicos del tratamiento

(contenido, metas, resultados esperados, duración aproximada, etc.) (Cruz, 2000; Drisko, 2004; Garfield, 1994; Pekarik, 1985) desde la primera sesión de la psicoterapia.

### ***Motivo de Consulta***

En general, los motivos de consulta más frecuentes en la muestra estudiada de desertores y finalizadores son la desobediencia o rebeldía y la depresión (aproximadamente 20% cada uno), y en menor medida los problemas familiares y de pareja (10% cada uno). Al comparar a las submuestras de edad, resalta que en pacientes tanto niños como adolescentes los principales motivos de consulta son la desobediencia o rebeldía (sobre todo en desertores inmediatos y rápidos) y los problemas escolares (sobre todo en desertores tardíos y finalizadores). En los adultos, en cambio, los principales motivos de consulta son los problemas de pareja en desertores inmediatos y rápidos (36%) y la depresión en desertores tardíos (44%) y finalizadores (39%). Esto indica que el tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” suele ser más efectivo y ajustarse mejor a las necesidades de pacientes niños o adolescentes con problemas académicos y pacientes adultos con síntomas depresivos, pues al atender a pacientes con desobediencia o rebeldía o con problemas de pareja se registran mayores índices de deserción, sobre todo dentro de las primeras cinco sesiones del tratamiento (81% y 94%, respectivamente). Considerando que estos motivos de consulta son los más frecuentes entre los pacientes del C.C.A.P. “Los Volcanes” se sugiere llevar a cabo las modificaciones necesarias para mejorar la eficacia del tratamiento en este tipo de problemas.

### ***Tratamiento Previo***

Cerca de un tercio de todos los pacientes han recibido un tratamiento previo para su problema, principalmente de tipo psicológico (más de 50%) y en menor medida psiquiátrico o médico. En la mayoría de los casos (60%) la duración de este tratamiento fue de corta duración, es decir menos de 3 meses, aunque cabe destacar que los desertores tuvieron tratamientos previos significativamente más cortos que los de los finalizadores, pues mientras que el tratamiento de 28% de los desertores duró más de siete meses, el 60% de finalizadores alcanzó esta duración. Además, el índice de deserción es ligeramente menor en pacientes que sí habían tenido alguna experiencia previa con la

psicoterapia (67%) que en los que nunca la habían tenido (73%) y en todas las submuestras de edad el porcentaje de tratamientos previos es el más alto en los desertores tardíos (casi 40%) en comparación con los desertores rápidos (24%) e inmediatos (27%), lo cual apoya (por primera vez) el supuesto de que son personas probablemente más motivadas por solucionar sus problemas (gracias a que ya lo han intentado en el pasado) y que al ya estar familiarizadas con los aspectos básicos de la psicoterapia tienen expectativas más adecuadas con respecto a las características del nuevo tratamiento, lo cual disminuye su riesgo de deserción (Baekeland y Lundwall, 1975).

### ***Satisfacción con el Estilo de Vida***

En el presente estudio la satisfacción con el estilo de vida se consideró como una variable posiblemente relacionada a la motivación del paciente por superar sus problemas y por ende permanecer en su tratamiento gracias a que denota en términos generales el bienestar del mismo. De la muestra completa de pacientes, 40% manifestó sentirse regular, 30% satisfechos y 30% insatisfechos con sus vidas al momento de solicitar el servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”. Sin embargo, al analizar a los desertores y finalizadores por separado sobresale que la mayoría de los pacientes finalizadores están más insatisfechos (casi 40%) que los desertores (20%) y al considerar las submuestras de edad se nota que tanto los niños como adolescentes finalizadores muestran un mayor índice de insatisfacción (60%) en comparación con los desertores (20-35%), mientras que los adultos en ambos grupos tienen porcentajes similares de satisfacción (40%), insatisfacción (20%) y sentirse regular (40%). En cuanto a los tipos de desertores destaca que los niños desertores inmediatos son los más insatisfechos (66%) de los tres tipos y además tienden a concentrarse significativamente más en las categorías extremas de la escala de satisfacción (es decir, en *muy satisfecho* o en *muy insatisfecho*) que los finalizadores; la mayoría de los adolescentes de los tres tipos de desertores se sienten regular y en menor medida satisfechos y en el caso de los adultos los desertores inmediatos y rápidos suelen sentirse regular y en menor medida insatisfechos, mientras que los desertores tardíos suelen sentirse más insatisfechos que regular. Estos resultados indican que en general una mayor insatisfacción probablemente se relaciona con una mayor motivación por permanecer en el tratamiento psicológico; sin embargo también se

encontró que los niños desertores más insatisfechos (y a la vez más satisfechos) en su mayoría desertaron después de una sola sesión, lo cual podría ser un indicio de que los padres de estos pacientes no vieron sus expectativas satisfechas en su primera sesión y por ello prefirieron desertar, destacando así nuevamente el papel crucial de cómo se conduce la primera sesión para la deserción de la psicoterapia (Baekeland y Lundwall, 1975; Richmond, 1992). Estas expectativas paternas probablemente se basan en obtener una solución inmediata y efectiva que además no requiera un mayor esfuerzo que traer a sus hijos al tratamiento y cubrir el costo de las sesiones, ya que tanto en el C.C.A.P. “Los Volcanes” como en otros estudios se ha encontrado que padres poco cooperativos y con poco deseo de cambiar ellos mismos o de involucrarse activamente en la psicoterapia de sus hijos son los más propensos a discontinuar prematuramente el tratamiento de sus hijos (Pekarik y Stephenson, 1988).

### ***Gravedad del Problema***

Tanto los desertores como los finalizadores de la muestra suelen calificar su problema principalmente como regular o grande (aproximadamente 40% cada uno), aunque al considerar la edad se nota que los niños finalizadores suelen calificarlo como más grande que los desertores, que los adolescentes tanto desertores como finalizadores tienden a calificarlo como regular o grande, y que los adultos desertores tienden a evaluarlo como más grande que los finalizadores. Además, en todas las submuestras de edad los desertores inmediatos y rápidos suelen evaluar su problema más como regular, y los desertores tardíos, en cambio, suelen evaluarlo más como grande (aunque en el caso de los niños la mayoría lo calificó como leve). Así, en términos generales se encuentra que los finalizadores y desertores tardíos suelen presentar problemas de mayor gravedad, los cuales probablemente los motivan a permanecer durante más tiempo en su tratamiento psicológico. Esto coincide con hallazgos anteriores que indican que los finalizadores suelen tener problemas más graves (Richmond, 1992; Thormählen et al., 2003). Sin embargo, en el presente estudio también se encontró lo contrario, pues los adultos desertores presentan problemas más graves que los finalizadores. Esto podría ser explicado a través del supuesto de que los pacientes con problemas más exacerbados suelen obtener un mayor alivio del tratamiento (Garfield, 1994) y en consecuencia

pueden desertar en cuanto obtienen algún beneficio del mismo. También es posible que estos pacientes por presentar problemas graves tengan expectativas muy exigentes respecto a la eficacia y duración del tratamiento, las cuales al no ser satisfechas pueden provocar su deserción de la psicoterapia (Baekeland y Lundwall, 1975; Fowler, et al. 1985) o también es viable que los pacientes con problemas graves y prolongados se habitúen a su condición y prefieran resignarse ante estos y desertar antes que realizar esfuerzos considerables por solucionarlos (Sales, 2003), ya que probablemente implicaría modificar conductas e interacciones muy arraigadas (Garfield, 1994; Pekarik, 1985). Por último, el que los niños desertores tardíos en su mayoría hayan calificado su problema como leve puede ser explicado con el supuesto de que los pacientes menos afectados tienen una mayor probabilidad de mejoría (Garfield, 1994). Como se puede ver parece haber explicaciones factibles de cómo tanto problemas de poca como de mucha gravedad pueden fomentar la deserción de la psicoterapia y en el presente estudio se encontraron datos que apoyan para ambos supuestos, por lo que no es posible aclarar de qué forma se relaciona la gravedad del problema con la deserción de la psicoterapia.

### ***Impacto del Problema en Distintas Áreas***

Los problemas que aquejan tanto a pacientes desertores como a finalizadores del presente estudio suelen tener un impacto significativo (puntaje > 5 en una escala de 0-10) principalmente en sus relaciones con familiares y amistades (casi 60%) y en menor medida en su vida académica, laboral y sexual (menos de 20% cada una). Los niños y adultos finalizadores, y los adolescentes desertores suelen presentar problemas de mayor impacto significativo, y entre los distintos tipos de desertores los tardíos son los que tienen los problemas de mayor impacto. Además, en los pacientes finalizadores (en específico en los niños y adultos) el presentar un gran impacto del problema en el área sexual y en los desertores (en específico los adultos desertores tardíos) el mostrar un bajo impacto en el área laboral o un alto impacto del problema en el área familiar (sólo en los adolescentes) se correlaciona con un mayor número de sesiones asistidas. Esto quiere decir que el área en la cual un motivo de consulta le ocasiona los mayores problemas a un determinado paciente influye de manera significativa en su permanencia en el tratamiento. Así, un alto impacto en el área sexual en pacientes niños y adultos, y un alto

impacto en el área familiar en pacientes adolescentes parecen fomentar la continuación del tratamiento, por lo que se puede suponer que los problemas que afectan estas áreas son muy molestos y conllevan una gran motivación por solucionarlos. Un alto impacto en el área laboral en adultos, en cambio, suele promover su deserción del tratamiento (sobre todo desde las etapas iniciales), lo cual puede indicar que al ser personas provenientes de un bajo nivel socioeconómico difícilmente se pueden dar el lujo de faltar a un trabajo en el cual de por sí ya tienen problemas importantes.

Estos son hallazgos muy importantes, ya que con esta medida se logra distinguir entre los pacientes que tienen una mayor probabilidad de desertar de su tratamiento y los que tienen una mayor probabilidad de permanecer durante más tiempo en él y/o incluso finalizarlo.

#### c) Variables Clínicas del Seguimiento

##### ***Correspondencia del Motivo de Consulta Pre- y Post-Tratamiento***

En general, el motivo de consulta de los pacientes de todos los grupos de edades suele coincidir más con el registrado en sus expedientes a medida que aumenta el número de sesiones a las que asistieron, pues este porcentaje de coincidencia es más bajo en los desertores inmediatos (60%) y los desertores rápidos (70%) que en los tardíos (90-100%). Esto quiere decir que mientras más se parece es el motivo de consulta registrado en el expediente a la definición personal del paciente de su problema, hay una mayor probabilidad de que este paciente acuda a más sesiones de tratamiento antes de desertar. Esto sugiere no sólo la necesidad de poder evaluar acertadamente a un paciente para así poder establecer adecuadamente su motivo de consulta y su demanda (lo que espera obtener a través del tratamiento), sino que además los pacientes que desertaron desde las primeras sesiones probablemente tenían una demanda poco o mal definida (Lazaratou, et al. 2006) y/o no lograron llegar a una comprensión clara o a un común acuerdo con su terapeuta acerca de su motivo de consulta y su demanda, de sus expectativas y de las metas y los posibles resultados del tratamiento. Así, se confirma que las habilidades del terapeuta por identificar y comprender acertadamente el motivo de consulta y la demanda

del paciente desde la primera sesión (o en dado caso aclarar la necesidad de seguir evaluándolo para lograrlo) pueden contribuir significativamente a la deserción del tratamiento psicoterapéutico (Baekeland y Lundwall, 1975), pues al no sentirse comprendido o realmente escuchado el paciente puede optar por no regresar.

### ***Cambio en el Motivo de Consulta***

Casi 80% de los pacientes del presente estudio consideran que su problema mejoró luego de su tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes”, lo cual contradice el supuesto común de muchos terapeutas de que los desertores equivalen a un tratamiento fracasado e ineficaz dado que no aprovecharon la totalidad de la intervención (Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Fernandez y Eyberg, 2005). 72% de los desertores inmediatos, 86% de los rápidos y 64% de los tardíos consideran que su problema mejoró, mientras que 28% de los desertores inmediatos, 11% de los rápidos y 36% de los tardíos opina que no ha cambiado. Sólo un desertor rápido reporta mucho deterioro en su problema, por lo que en general los pacientes que desertan entre la segunda y la quinta sesión parecen ser los más beneficiados (seguidos por los que desertan después de la primera sesión), mientras que los abandonan el tratamiento a partir de la sexta sesión son los que más reportan que su problema no ha cambiado. Así, los desertores que acuden de 2 a 5 sesiones (aproximadamente 1 mes) en el C.C.A.P. “Los Volcanes” no sólo obtuvieron un beneficio en tan pocas sesiones, sino que obtuvieron más beneficios que los desertores que acudieron al menos a una sesión más (desertores tardíos). Incluso los desertores que acudieron a una sola sesión perciben un mayor beneficio que los desertores tardíos, lo cual sugiere que las primeras 5 sesiones en el C.C.A.P. “Los Volcanes” son las más cruciales para la mayoría de los pacientes, ya que generalmente dentro de este lapso perciben la suficiente mejoría de su motivo de consulta como para terminar su tratamiento. El asistir a más de 6 sesiones, en cambio, al parecer no contribuye a mejores resultados que el asistir a menos sesiones, lo cual ilustra cómo, por un lado, la mayoría de los pacientes de psicoterapia esperan ser atendidos en muy pocas sesiones y recibir soluciones eficaces de inmediato y cómo, por el otro, optan por desertar de su tratamiento en cuanto obtienen el beneficio esperado o se dan cuenta de que sus expectativas no se están cumpliendo (Garfield, 1994). Estos resultados resaltan la



necesidad de poder determinar de una forma más atinada en qué momento finalizar el tratamiento, ya que un porcentaje tan alto de mejoría (80%) indica que la mayoría de estos pacientes, catalogados como desertores, se fueron porque sus expectativas (o al menos parte de ellas) se cumplieron (Frayn, 1992; Nichols y Pekarik, 1992).

### ***Atribución del Cambio en el Motivo de Consulta***

La atribución del cambio en el motivo de la consulta difiere significativamente entre los distintos tipos de desertores, ya que mientras en los desertores inmediatos la mejoría del problema se suele atribuir a la eficacia del tratamiento y sólo en menor medida al propio esfuerzo, en los desertores rápidos y tardíos tiende a atribuirse más al propio esfuerzo y a la ayuda de otros, y sólo en menor medida al tratamiento eficaz del C.C.A.P. “Los Volcanes”. Además, que el problema no haya cambiado o se haya deteriorado suele ser atribuido al abandono prematuro del tratamiento en la mayoría de los desertores inmediatos y rápidos (75-100%), mientras que en los desertores tardíos todo cambio suele atribuirse en su totalidad a la eficacia o (en su mayoría) ineficacia del tratamiento, probablemente debido a que hicieron una inversión considerable de tiempo y dinero para obtener una mejoría. Esto nuevamente indica que las primeras 5 sesiones de tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” parecen ser las más cruciales, ya que en las posteriores la mejoría del problema suele ser atribuida a otros factores independientes de la eficacia o ineficacia del tratamiento, lo cual ilumina que las expectativas de los pacientes que permanecen durante más tiempo en el tratamiento (seis sesiones en adelante) al parecer muchas veces no se cumplen satisfactoriamente. Por ello sería importante revisar, por un lado, qué tanto el tratamiento se ajusta a las necesidades del paciente luego de que transcurrieron las sesiones iniciales y, por el otro, qué tanto el paciente y el terapeuta se están comunicando y retroalimentando acerca de sus expectativas, de los avances y del curso futuro del tratamiento.

### ***Tratamiento Posterior***

27% de los desertores inmediatos, 11% de los desertores rápidos y 29% de los desertores tardíos buscaron otro tratamiento para su motivo de consulta luego de desertar del C.C.A.P. “Los Volcanes” (sólo un paciente reingresó a este mismo Centro). La

mayoría de los desertores inmediatos y tardíos buscaron un tratamiento psiquiátrico, mientras que la mayoría de los rápidos optaron por un tratamiento psicoterapéutico. Esto indica que para casi un tercio de los desertores inmediatos y tardíos el tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” no cumplió con sus expectativas y/o no logró satisfacer sus necesidades ya que según estos pacientes requerían de una atención psiquiátrica o médica<sup>3</sup>. Lo interesante es que estos pacientes no fueron referidos a otra institución por su terapeuta, sino que prefirieron desertar y probar un tratamiento diferente. Esto refleja que estos pacientes probablemente tienen expectativas inadecuadas: en el caso de los desertores inmediatos (después de la primera sesión) sobre las funciones de un psicoterapeuta y de un tratamiento psicológico y en el caso de los desertores tardíos (después de mes y medio de tratamiento) acerca de los beneficios que obtendrán y del curso del tratamiento. En ambos casos es posible manejar este tipo de expectativas a través de la comunicación y retroalimentación con su terapeuta. Además, resalta que una porción de los desertores rápidos y tardíos (cerca de 30%) prefieren solucionar sus problemas con medicamentos farmacológicos que con un proceso psicoterapéutico y todo lo que este conlleva, lo cual podría considerarse como una solución relativamente más fácil y cómoda para el paciente, dependiendo del motivo de consulta en cuestión. En el caso de los desertores rápidos (entre 2 y 5 sesiones), también parece haber expectativas inadecuadas acerca de su tratamiento y/o un ajuste inadecuado del mismo a sus necesidades particulares, ya que prefirieron buscar un tratamiento psicológico en otra institución. Otra posible explicación es la extensamente documentada tendencia de desertar como muestra de rechazo ante un tratamiento percibido como ineficaz o un terapeuta percibido como inexperto (Baekeland y Lundwall, 1975; Goldenberg, 2002; Frayn, 1992; Garfield, 1994; Pekarik y Stephenson, 1988).

### ***Satisfacción con su Estilo de Vida Pre- y Post-Tratamiento***

Al comparar la satisfacción con su vida antes y después del tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes” resalta que en los desertores inmediatos y rápidos en general aumentó la satisfacción o el sentirse regular y disminuyó la insatisfacción; en los desertores tardíos, en contraste, a pesar de que también aumentó ligeramente la

---

<sup>3</sup> Lamentablemente no hay forma de comprobar si esta determinación está bien fundada o no.

satisfacción, la mayoría pasó a estar significativamente más insatisfecha o regular que antes del tratamiento. Este patrón se observa sobre todo en los desertores tardíos adolescentes, ya que en los niños y adultos en general hay un aumento de la satisfacción después del tratamiento, lo cual parece sugerir que muchos adolescentes que permanecen durante más de seis sesiones en su tratamiento no logran satisfacer sus expectativas debido porque quizás su tratamiento no logra ajustarse adecuadamente a sus necesidades. Sin embargo, también cabe recordar que la mayoría de los adolescentes (cerca de 80%) no acuden a este tratamiento por su voluntad propia sino principalmente por insistencia de sus padres o su escuela, por lo que es probable que al permanecer durante más de 6 sesiones en su tratamiento de forma prácticamente obligada esta experiencia los hace sentir insatisfechos o regular. Además resalta que en general los desertores que antes del tratamiento se distribuían en todas las categorías posibles existe una tendencia a concentrarse sólo en las categorías de *regular* y *satisfecho* Post-tratamiento. Esto parece indicar que el tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” es efectivo en muchos casos (todos aquellos que se sentían más insatisfechos antes que después de su tratamiento). Sin embargo, también cabe la posibilidad de que con el simple paso del tiempo parte de los desertores inmediatos, rápidos y tardíos se habituaron o resignaron ante su problemas o que mejoraron por si solos (Baekeland y Lundwall, 1975), sobre todo si se considera que la mayoría de los desertores rápidos y tardíos suelen atribuir la mejoría de su problema a factores independientes del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”.

### ***Gravedad del Problema Pre- y Post-Tratamiento***

En términos generales, la mayoría de los pacientes del seguimiento evalúan su problema como menos grave después del tratamiento en el C.C.A.P. “Los Volcanes” y aproximadamente 20% reporta que su problema se resolvió. Al revisar los datos de los distintos tipos de desertores se nota que difieren significativamente unos de otros (en específico los adultos), pues en el caso de los desertores inmediatos la gravedad de su problema casi no se modifica e incluso son los que más grave califican su problema Post-tratamiento en comparación con los otros dos grupos, lo cual (a pesar de que la mayoría afirma que su motivo de consulta mejoró y su satisfacción con su vida aumentó después de su tratamiento) es un indicio de que la única sesión a la que asistieron no fue efectiva

en disminuir o solucionar sus problemas, o si lo fue, estos efectos no tuvieron un alcance a largo plazo. Los desertores rápidos, que de los tres grupos presentaron los problemas de mayor gravedad Pre-tratamiento, alcanzaron la mayor disminución en la gravedad de su problema Post-tratamiento, lo cual corresponde con que de todos los tipos de desertores sean los de mayor porcentaje de mejoría del problema y mayor aumento de satisfacción con la vida después de su tratamiento. Por último, los desertores tardíos, cuyos problemas eran tanto de alta como de muy baja gravedad, muestran una tendencia de evaluar su problema más como regular Post-tratamiento, hecho que sugiere que sus problemas tanto mejoraron como empeoraron ligeramente gracias al efecto del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”. Además, el problema se resolvió en 9% de los desertores inmediatos, en 22% de los desertores rápidos y en 7% de los desertores tardíos, indicando que nuevamente los desertores rápidos parecen ser los más beneficiados del tratamiento, mientras que en el caso de los inmediatos y tardíos se resalta la necesidad de un manejo adecuado de sus expectativas para fomentar la permanencia en el tratamiento de los primeros y maximizar la mejoría del problema en los segundos. Hay que recordar que la mejoría del problema depende tanto del paciente como del terapeuta, pues ambos tienen la responsabilidad de llevar a cabo acciones en pro de su resolución: el terapeuta a través del diseño y la aplicación del tratamiento, y el paciente a través de reflexiones y cambios dirigidos en sus conductas, pensamientos y sentimientos.

### ***Motivos de Deserción***

Los principales motivos de deserción de la muestra del seguimiento son los obstáculos ambientales (sobre todo por la incompatibilidad de los horarios laborales o domésticos con las sesiones de tratamiento) (64%), la insatisfacción con el trato de su terapeuta (por ejemplo, impuntualidad o ausencias sin previo aviso, falta de experiencia, cambios de terapeuta, etc.) (25%), por no sentir mejoría (9%) y, el menos frecuente, por sentir una mejoría de su problema (3%). Solamente los porcentajes de insatisfacción con el trato del terapeuta y de no sentir mejoría coinciden con los encontrados en estudios anteriores, mientras que el índice de obstáculos ambientales como motivo principal de deserción es mayor y el de sentir mejoría es menor a los encontrados en otras investigaciones (Acosta, 1980; Baekeland y Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Saucedo et

al., 1997). Los desertores inmediatos y rápidos suelen abandonar su tratamiento principalmente por obstáculos ambientales (más de 50%), mientras que los desertores tardíos lo suelen hacer por estar insatisfechos con el trato de su terapeuta o por no sentir una mejoría de su problema. Además, sólo un porcentaje mínimo deserta debido a que su problema mejoró: 0% de los desertores inmediatos, 3% de los rápidos y 5% de los tardíos y 0% de los niños, 3% de los adolescentes y 10% de los adultos. Esto indica, por un lado, que la falta de un horario de atención vespertino en el C.C.A.P. “Los Volcanes” es la razón principal de deserción en la mayoría de los pacientes y que, por el otro, aunque sólo un porcentaje mínimo reporta haber desertado por la mejoría de su problema, casi 80% de los pacientes sí experimentaron una mejoría (debido a que la gravedad de su problema disminuyó y la satisfacción con su vida aumentó Post-tratamiento). Sin embargo no se puede pasar por alto que la mayoría de los pacientes suele atribuir su mejoría a factores ajenos al tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” (propio esfuerzo, ayuda de otros, cambio de circunstancias, etc.), lo cual parece indicar que curiosamente se tiende a desvalorizar la calidad del tratamiento en este Centro y a sobreestimar la propia capacidad de solucionar los problemas, sobre todo en tratamientos que se prolongan más allá de 6 sesiones. Además resulta interesante que según 4 pacientes del seguimiento (8%) su tratamiento ya había terminado aunque en sus expedientes se registraron como desertores, lo cual es una muestra de que estos pacientes, a pesar de haber sido catalogados como desertores, decidieron no asistir más porque percibieron que su tratamiento finalizó gracias a que se cumplieron sus expectativas, como se ha reportado con anterioridad (Frayn, 1992; Nichols y Pekarik, 1992).

d) Variables del Servicio del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

***Satisfacción con los Servicios***

La mayoría de los pacientes del seguimiento (70%) están satisfechos o muy satisfechos con los servicios que recibieron en el C.C.A.P. “Los Volcanes”, 15% los califica como regular y sólo un paciente está insatisfecho. En los niños parece que esta

satisfacción está ligada al número de sesiones asistidas, pues los desertores tardíos son las más satisfechos (casi 70%) en comparación con los rápidos (aproximadamente 50%) e inmediatos (30%), lo cual resulta curioso considerando que los desertores tardíos mostraron la mayor insatisfacción con su vida, la menor proporción de mejoría en su motivo de consulta Post-tratamiento y el mayor porcentaje de insatisfacción con el trato del terapeuta como motivo principal de deserción. Sin embargo, esto nuevamente puede deberse a que los padres de los pacientes niños suelen tener poca relación con el terapeuta de su hijo y por ende pueden estar muy satisfechos con lo poco que conocen del tratamiento (Pekarik, 1985; Pekarik y Stephenson, 1988). En los adolescentes y adultos prácticamente todos están satisfechos o muy satisfechos, a excepción de un adolescente tardío (insatisfecho), lo cual indica que el tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” deja una muy buena impresión en la mayoría de los pacientes, aún cuando no siempre logra satisfacer sus expectativas y ajustarse completamente a sus necesidades.

#### ***Disposición de Regresar y de Recomendarlo a Otros***

Prácticamente todos los pacientes del seguimiento (más de 90%) volverían a solicitar los servicios del C.C.A.P. “Los Volcanes” y lo recomendarían a otras personas. Casi no hay diferencias en cuanto a los tipos de desertores aunque resalta que los desertores tardíos presentan el mayor porcentaje de no estar dispuestos ni de regresar a este Centro (principalmente por no ver resultados, por la distancia o porque el problema se solucionó) (21%), ni de recomendarlo a otras personas (por no ver resultados y porque los terapeutas aún no están titulados) (14%), lo cual nuevamente subraya la necesidad de manejar las expectativas inadecuadas y ajustar el tratamiento a las necesidades particulares de cada paciente en todo momento y en especial cuando ya se prolongó más allá de 6 sesiones.

#### ***Aspectos que Más y que Menos les Gustaron***

Más del 80% de los pacientes reportan que los que más les gustó del C.C.A.P. “Los Volcanes” fue la atención psicológica per se y el trato de los terapeutas, aunque sólo 2% mencionó el hecho de sentir una mejoría. En cuanto a lo que menos les gustó, para aproximadamente 70% fueron aspectos relacionados al terapeuta (falta de explicaciones

claras, falta de experiencia, impuntualidad, trato, etc.) y para el resto fueron factores que favorecían los obstáculos ambientales para estos pacientes (por ejemplo, los horarios, la distancia, el precio, etc.). Al comparar los distintos tipos de desertores (las submuestras de edad son muy similares), destaca que la satisfacción con la atención y el trato de los terapeutas parece estar ligada a un número menor de sesiones asistidas, pues mientras que los desertores inmediatos y rápidos muestran un porcentaje muy alto de satisfacción (aproximadamente 80-90%), los tardíos muestran uno bastante menor (60%). En correspondencia, el porcentaje de insatisfacción con aspectos relacionados al trato del terapeuta (falta de experiencia, falta de explicaciones claras, impuntualidad o ausencias sin previo aviso, etc.) es muy alto en los desertores tardíos (100%), en comparación con desertores rápidos (60%) e inmediatos (30%). Así, resalta que aunque un gran porcentaje está satisfecho con su trato y su experiencia, un porcentaje casi igual está insatisfecho con los mismos y los menciona como el aspecto que menos les gustó del C.C.A.P. “Los Volcanes”.

### ***Recomendaciones para Mejorar el Servicio***

La mayoría de los pacientes del seguimiento recomiendan mejorar aspectos de los terapeutas del C.C.A.P. “Los Volcanes” (capacitación, trato, etc.) (23%), implementar horarios vespertinos de la prestación de los servicios (21%), y en menor grado capacitar la recepcionista para poder informar sobre los aspectos básicos de un tratamiento psicológico, incorporar a más especialistas a este Centro e impartir más talleres. Además, resalta que los desertores inmediatos enfatizan obtener una solución rápida desde la primera sesión y modificar los horarios de atención del C.C.A.P. “Los Volcanes” mientras que los desertores tardíos son los que más recomiendan mejorar la capacitación y el trato de los terapeutas, lo cual indica la importancia de ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente, manejar adecuadamente sus expectativas y proporcionar el mejor trato posible.

## **IX. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO**

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio y considerando las aportaciones de investigaciones anteriores, a continuación se proponen estrategias específicas para prevenir o disminuir la deserción de la psicoterapia. Estas estrategias se fundamentan en las características de una muestra mexicana de pacientes de bajo nivel socioeconómico y educativo, por lo que deberían de interpretarse con cautela antes de generalizarse a otros tipos de poblaciones.

### ***Características del Paciente***

En general, variables como el sexo, el estado civil del paciente (o de sus padres en el caso de niños o adolescentes) y el tipo o la gravedad del problema no se relacionan de forma clara a la deserción del tratamiento psicoterapéutico y no es posible predecir este fenómeno o distinguir entre potenciales pacientes desertores o finalizadores solamente a partir de estas variables. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio indican que los pacientes de mayor nivel educativo e ingreso económico, de mayor edad siendo adolescentes (mayores a 15 años), de mayor desempleo o deserción escolar siendo adolescentes o de mayor empleo siendo adultos, con una mayor satisfacción con su estilo de vida, con poco impacto del problema en el área sexual siendo niños o adultos, con un poco impacto en el área familiar siendo adolescentes o con mucho impacto del problema en el área laboral siendo adultos, tienen más riesgo de desertar de su psicoterapia que pacientes con otro tipo de características, sobre todo desde las etapas iniciales de la misma (primeras cinco sesiones). Esto implica que los pacientes con dichas características deben de considerarse como pacientes con un mayor riesgo potencial de deserción con los cuales deben de realizarse estrategias específicas de prevención de este fenómeno desde la primera sesión del tratamiento, aunque se recomienda llevar a cabo estas estrategias con todos los pacientes (sin importar sus características en las variables mencionadas), ya que de lo contrario se corre el riesgo de negarle la oportunidad de recibir un tratamiento psicoterapéutico y de obtener el máximo beneficio del mismo a



algunas personas (lo cual no sería ético) solamente en base a hallazgos que aún no se han replicado y por ello no se pueden generalizar universalmente.

### ***Expectativas del Paciente***

Muchos resultados del presente estudio indican que los pacientes que tienen expectativas inadecuadas acerca de las características básicas del tratamiento psicoterapéutico (generalmente debido a que nunca antes han recibido un tratamiento de este tipo) tienen un riesgo muy alto de desertar, ya que pocas veces están dispuestos a seguir asistiendo a su tratamiento cuando sus expectativas no se cumplen. En muchos casos estas expectativas incluyen obtener una solución eficaz desde la primera sesión y/u obtener resultados significativos dentro de los primeros dos meses de tratamiento. Existen dos posibles soluciones ante el riesgo de deserción por expectativas inadecuadas: ajustar las características del tratamiento (sobre todo la duración y la prontitud de la mejoría) lo más cercano posible a las expectativas específicas de cada paciente o, dado que lo primero no siempre resulta factible, identificar y manejar estas expectativas desde la primera sesión, la cual en muchos casos también es la única. Así, se recomienda que en la primera sesión después de que el paciente haya planteado su motivo de consulta el terapeuta se dedique a la identificación y al manejo de las expectativas del paciente a través de preguntas como “¿Qué beneficios específicos espera obtener de este tratamiento?” o “¿Qué conductas, emociones o pensamientos concretos espera modificar a través del tratamiento?” “¿Qué metas que espera alcanzar con el tratamiento?”, “¿En cuanto tiempo espera ver mejoría en su problema?” o “¿Cuánto tiempo cree que va a durar su tratamiento?”, “¿Cuál cree que es la función del terapeuta y cual cree que es su función como paciente en el tratamiento?”, “¿Cuánto tiempo por semana estaría dispuesto a dedicarle a tareas o ejercicios fuera del consultorio?”, etc.. Así, el terapeuta puede obtener una visión concreta sobre las expectativas generales del paciente, su motivación para lograr cambios y su compromiso por participar activamente en el proceso de la mejoría y en base a esta información puede educar al paciente sobre las características básicas de una psicoterapia, corregir ideas inadecuadas por expectativas más realistas y en general “explicar las reglas del juego” de forma clara y concisa, para que tanto el paciente como el terapeuta hayan comprendido exactamente qué espera el uno del otro y

qué consecuencias potenciales conlleva el no cumplir estas expectativas (por ejemplo las implicaciones de no hacer tareas, faltar a sesiones de tratamiento o incluso desertar del mismo para el paciente, y las implicaciones de no considerar las necesidades específicas del paciente al planificar el tratamiento para el terapeuta). Además se recomienda que el terapeuta se adelante a la posible deserción del paciente, explicándole la frecuencia de este fenómeno, los motivos de deserción más frecuentes y las posibles consecuencias del mismo (como la probable exacerbación del problema), y animándolo a comunicarle cualquier intención de desertar para poder explorar los motivos correspondientes y poder evitar su realización a través de ajustes inmediatos en el tratamiento o en sus expectativas. Asimismo, se recomienda que el terapeuta averigüe si el paciente ha desertado con anterioridad y en caso de ser así indagar sobre sus motivos para hacerlo, para así evitar resentimientos o dudas no verbalizadas y corregir expectativas inadecuadas. Incluso se le podría preguntar directamente al paciente si está dispuesto o no a aceptar el tratamiento per se (con todas las condiciones implicadas), ya que así se establece un mayor compromiso ante el tratamiento si este decide aceptar. Se recomienda que todas estas estrategias se realicen en la primera sesión verbalmente y en persona para poder hacer énfasis en las necesidades específicas de cada paciente en particular.

En el caso de pacientes niños y adolescentes se recomienda llevar a cabo estas estrategias tanto con los padres como con el paciente mismo, para establecer claramente el papel de cada uno de ellos en el proceso del cambio. En base a los resultados que se obtuvieron resaltó que los adolescentes menores de 15 años suelen parecerse más a niños y los mayores de 15 años más a adultos con respecto a su poder de discontinuar su tratamiento en cualquier momento; por ello, en el caso de los primeros (menores de 15 años) se recomienda aplicar las estrategias preventivas sobre todo con su padres, mientras que en el caso de los segundos (mayores a 15 años) se sugiere enfocar estas estrategias al paciente mismo. Además, se sugiere incrementar el contacto de los padres con el terapeuta a través de sesiones conjuntas periódicas en las que se expongan sus expectativas, los avances del paciente y el curso futuro del tratamiento y se lleven a cabo los ajustes necesarios en el tratamiento en base a esta información. Esto también se recomienda en el caso de los pacientes adultos, ya que el monitoreo periódico del curso del tratamiento y de los avances proporciona una oportunidad de retroalimentación mutua

entre paciente y terapeuta sobre cómo se están cumpliendo las metas del mismo y las expectativas de cada uno de ellos, proporcionando así una comprensión clara y concisa del tratamiento.

### ***Habilidades y Trato del Terapeuta***

Varios de los resultados del presente estudio indican que las habilidades y el trato del terapeuta tienen una influencia importante en la deserción de la psicoterapia, ya que estos aspectos se encuentran entre los principales motivos de deserción, entre los aspectos que más les disgustaron a los pacientes y entre las recomendaciones para mejorar el servicio del C.C.A.P. “Los Volcanes”. Aunque no se encontró una relación clara entre la experiencia de los terapeutas de este Centro y la deserción de la psicoterapia, se encontró que las habilidades del terapeuta por identificar y comprender correctamente el motivo de consulta y la demanda del paciente desde la primera sesión (o en dado caso aclarar la necesidad de continuar con la evaluación para lograrlo), su trato profesional hacia el paciente (puntualidad, pocas ausencias, etc.) y sus habilidades para determinar el momento adecuado para finalizar el tratamiento juegan un papel importante en la deserción del tratamiento psicoterapéutico. Por ello, se recomienda que tanto en éstos como en los aspectos mencionados anteriormente (manejo de expectativas, explicación clara del tratamiento, etc.) los terapeutas sean capacitados debidamente. Otra habilidad crucial del terapeuta para asegurar la eficacia de su tratamiento es su capacidad de ajustar el tratamiento a las necesidades específicas de sus pacientes. El *Modelo Transteórico de Cambio en el Paciente* parece ser un buen ejemplo de cómo crear una correspondencia entre las características del paciente, el papel del terapeuta y las metas del tratamiento, por lo que se recomienda que los terapeutas se apeguen a un modelo o teoría que cubra estos aspectos, ya que se han demostrado que logran reducir la deserción de la psicoterapia. La ventaja de este modelo es que separa a los pacientes en función de su nivel de capacidad e intención de cambiar e instruye al terapeuta cómo favorecer el cambio en base a esta información, lo cual equivale precisamente a ajustar un tratamiento a las necesidades específicas del paciente.

### ***Calidad y Eficacia del Tratamiento Psicoterapéutico***

Aunque la mayoría de los pacientes en el presente estudio indican que están muy satisfechos con la atención del C.C.A.P. “Los Volcanes”, que están más satisfechos con su vida y que la gravedad de su problema ha disminuido Post-tratamiento, curiosamente suelen atribuir la mejoría de su problema a factores independientes del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes” (como a su propio esfuerzo, la ayuda de otros, el cambio de circunstancias, etc.). Además, el tratamiento suele ser más efectivo para ciertos motivos de consulta (problemas académicos o síntomas depresivos) que para otros (desobediencia o rebeldía y problemas de pareja) y en general los pacientes que asisten durante los periodos más prolongados (más de 6 sesiones) a este Centro no parecen obtener un beneficio mayor que los pacientes que acuden a menos de cinco sesiones. Por ello se sugiere analizar la eficacia de la psicoterapia en este Centro (sobre todo en tratamientos prolongados) y llevar a cabo las modificaciones necesarias para mejorarla y así satisfacer las expectativas de la mayoría de los pacientes. Además, se recomienda planificar tratamientos de corta duración (de preferencia entre 5 y 10 sesiones) que sean efectivo desde un principio, para que así los pacientes se sientan motivados por permanecer en ellos.

### ***Aspectos Institucionales***

La mayoría de los pacientes desean que se implementen horarios de atención vespertinos en el C.C.A.P. “Los Volcanes” y, en menor grado, que la recepcionista esté más capacitada para informar sobre los aspectos básicos de un tratamiento psicológico, que se incorporen más especialistas a este Centro y que se impartan más talleres. Se sugiere que todas estas recomendaciones se tomen en cuenta para posibles modificaciones.

## **X. CONCLUSIONES**

La deserción de la psicoterapia conlleva problemas significativos para los pacientes, los psicoterapeutas y el sector de salud mental.

El propósito del presente estudio fue identificar las variables que se relacionan a la deserción de la psicoterapia y que pueden predecirla para así poder desarrollar estrategias de prevención de este fenómeno desde la primera sesión del tratamiento.

Los hallazgos principales incluyen que factores como un mayor nivel educativo y socioeconómico, la ausencia de tratamiento previo, una mayor satisfacción con su estilo de vida, un menor impacto del problema en área sexual o familiar y un mayor impacto del problema en el área laboral se asocian de forma importante con la deserción del tratamiento psicoterapéutico y por ende ayudan a identificar a los pacientes que tienen un mayor riesgo potencial de desertar de su tratamiento.

Aunque la mayoría de los pacientes del presente estudio indican que están muy satisfechos con la atención del C.C.A.P. “Los Volcanes”, que están más satisfechos con su vida y que la gravedad de su problema ha disminuido Post-tratamiento, también se resalta que la falta de eficacia del tratamiento y la insatisfacción con el trato del terapeuta son aspectos comúnmente reconocidos, sobre todo entre los pacientes que permanecieron durante más tiempo en su tratamiento. Prueba de ello es que la mejoría en el motivo de consulta Post-tratamiento se suele atribuir a factores independientes del tratamiento del C.C.A.P. “Los Volcanes”, que cerca de un tercio ha buscado un tratamiento posterior en otra institución y a que uno de los principales motivos de deserción es la insatisfacción con el trato del terapeuta. Estos hallazgos plantean la necesidad de mejorar la eficacia del tratamiento (disminuir su duración, monitorear periódicamente los avances y ajustarlo a las necesidades específicas del paciente) y de las habilidades y del trato del terapeuta (manejar las expectativas del paciente desde la primera sesión, y evitar la impuntualidad y las ausencias sin previo aviso) para poder disminuir la deserción del tratamiento y prevenirla en el futuro.

Además, se concluye que los pacientes niños, adolescentes y adultos difieren entre sí en cuanto a las variables asociadas a la deserción del tratamiento, por lo que

requieren estrategias de prevención específicas que tomen en cuenta sus características particulares (como su motivación, su conciencia del problema, etc.).

## XI. ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances del presente proyecto incluyen el haber desarrollado estrategias de prevención y disminución de la deserción a partir del análisis de una muestra de pacientes psicoterapéuticos de un amplio rango de edad, provenientes de un bajo nivel socioeconómico y educativo que acuden por diversas problemáticas a un tratamiento psicológico. Debido a las características de estos pacientes, que se parecen a una gran parte de la población que se atiende en el sector público de salud mental en México, se obtuvo un amplio panorama sobre la deserción de la psicoterapia, el cual contribuye a mejorar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y promover la inversión fructífera de los recursos económicos y profesionales en este ámbito.

Además, en el presente estudio se analizaron variables no consideradas anteriormente (satisfacción con el estilo de vida, impacto del problema en diferentes áreas, etc.) que mostraron tener una relación importante con la deserción de la psicoterapia, se identificaron las necesidades específicas de pacientes niños, adolescentes y adultos que requieren ser consideradas al implementar tratamientos psicoterapéuticos, se evaluó la eficacia y el efecto del tratamiento sobre el bienestar de pacientes desertores a través de un seguimiento y por primera vez se obtuvieron datos acerca de los motivos de deserción de pacientes mexicanos de *psicoterapia* (los demás estudios han estudiado a pacientes psiquiátricos o de programas de adicciones).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio resalta que, si bien la muestra total de pacientes es considerable ( $N = 250$ ), la muestra final del seguimiento es reducida ( $n = 52$ ). Incluso, al ser dividida en submuestras de edad y tipos de desertores, el grupo más pequeño consta de tan sólo 3 pacientes, lo cual compromete significativamente la generalización de los resultados de la muestra del seguimiento. Además, la poca experiencia profesional de la mayoría de los terapeutas del C.C.A.P. “Los Volcanes” y la falta de uso de manuales estructurados para impartir el servicio dificultará una posible réplica de este estudio. No se pudieron incluir una variedad de variables (debido a su inaccesibilidad) que han demostrado ser influyentes en el fenómeno de la deserción de la psicoterapia, como por ejemplo, el registro de las inasistencias del paciente, las expectativas tanto del paciente como del terapeuta, las características de la interacción terapeuta-paciente, posibles deserciones previas, las etapas de cambio del paciente según

el *Modelo Transteórico de Cambio del Paciente* (Prochaska y Norcross, 2001), variables clínicas de los padres de pacientes niños y adolescentes (como nivel de estrés, expectativas, posible patología, etc.) o el periodo de tiempo entre la deserción y el seguimiento para poder analizar los cambios Post-tratamiento en función de una dimensión temporal. Además, el seguimiento sólo se realizó con pacientes desertores, por lo que estos no se pudieron comparar con su contraparte, los finalizadores, en función de las variables recolectadas en el seguimiento.

## **XI. SUGERENCIAS**

En vista de las limitaciones del presente estudio, se sugieren llevar a cabo estudios con muestras más amplias y terapeutas más capacitados que se apeguen a algún modelo teórico en específico para continuar con esta línea de investigación. Se sugiere que se tomen en cuenta tanto las variables analizadas en este estudio como las que no se pudieron incluir para obtener una comprensión más amplia del fenómeno de la deserción del tratamiento. Además, se sugiere poner en práctica las estrategias de prevención propuestas en el presente trabajo y probar su eficacia a través del registro del índice de deserción antes y después de esta intervención preventiva. Por último, se recomienda llevar a cabo estudios de deserción de la psicoterapia con otro tipo de poblaciones (por ejemplo de alto nivel educativo y socioeconómico) para poder comparar estos resultados con los del presente estudio.



### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, F. X. (1980). Self-Described Reasons for Premature Termination of Psychotherapy by Mexican-American, Black-American and Anglo-American Patients, *Psychological Reports*, Vol. 47, 435-443.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, Vol. 85 (5), 738-783.
- Baruch, G., Gerber, A. & Fearon, P. (1998). Adolescents Who Drop Out Of Psychotherapy At A Community-Based Psychotherapy Centre: A Preliminary Investigation Of The Characteristics Of Early Drop-Outs, Late Drop-Outs & Those Who Continue Treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 233-245.
- Beck, N. C., Lamberti, J., Gamache, M., Lake, E. A., Fraps, C. L., McReynolds, W. T., Reaven, N., Heisler, G. H. & Dunn. J. (1987). Situational Factors and Behavioral Self Predictions in the Identification of Clients at High Risk to Drop out of Psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 43 (5), 511-520.
- Biagini Alarcón, M., Torruco, M. y Carrasco, B. (2005). Apego al Tratamiento Psicoterapéutico Grupal en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio Piloto en Pacientes de 18 a 24 Años. *Salud Mental*, Vol. 28 (1), 52-60.
- Cedillo, J. (2005), Modos de Afrontamiento al Estrés y Asertividad Relacionado con la Deserción de un Tratamiento para Adicciones. *Tesis de Licenciatura en Psicología-UNAM, Facultad de Psicología*, México: El autor.
- Chung, W. S, Pardeck, J. T & Murphy, J. W. (1995). Factors Associated With Premature Termination Of Psychotherapy By Children. *Adolescence*, 30 (119), 717.
- Cormier, S. & Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and Change Strategies for Helpers – Fundamental Skills and Cognitive-Behavioral Interventions*. Ed. Thompson, USA, págs. 258-260.
- Cormier, S. & Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and Change Strategies for Helpers – Fundamental Skills and Cognitive-Behavioral Interventions*. Ed. Thompson, USA.

- Cruz, R. (1999), Factores que Determinan la Deserción al Tratamiento de Pacientes Alcohólicos en la Clínica de Neurología y Psiquiatría Tlatelolco del I.S.S.S.T.E.. *Tesis de Licenciatura en Psicología-UNAM, Facultad de Psicología*, México: El autor.
- Drisko, J. W. (2004). Common Factors In Psychotherapy Outcome: Meta-Analytic Findings & Their Implications For Practice & Research. *Families in Society*, 85 (1), 81-90.
- Fernandez, M. A. & Eyberg, S. M. (2005). Keeping Families In Once They've Come Through the Door: Attrition in Parent-Child Interaction Therapy, *Journal of Early & Intensive Behavior Interventions*, Vol. 2 (3), 207-212.
- Fowler, J. L., Follick, M. J., Abrams, D. B. & Rickard-Figueroa, K. (1985). Brief Report- Participant Characteristics as Predictors of Attrition in Worksite Weight Loss. *Addictive Behaviors*, Vol. 10, 445-448.
- Frayn, D. H. (1992). Assessment Factors Associated with Premature Psychotherapy Termination. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 46 (2), 250-261.
- Garfield, S. L. (1994). Research on Client Variables in Psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Ed. Wiley, 4ta Edición, New York, 190-228.
- Goldenberg, V. (2002). Ranking the Correlates of Psychotherapy Duration. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 29 (3), 201-214.
- Gonzalez, J. M., Tinsley, H. E. A. & Kreuder, K. R. (2002). Effects of Psychoeducational Interventions on Opinions of Mental Illness, Attitudes toward Help Seeking, and Expectations about Psychotherapy in College Students. *Journal of College Student Development*, Vol. 43 (1), 51-63.
- Hunt, C. & Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a Performance Indicator in Psychotherapy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. Ed. El Manual Moderno, México, págs. 92-94.
- Klein, E. B., Stone, W. N., Hicks, M. W. & Pritchard, I. L. (2003). Understanding Dropouts. *Journal of Mental Health Counseling*, Vol. 25 (2), 89-100.

- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulos, M., Tzavara C. & Zeliou, G. (2006). Treatment Compliance and Early Termination of Therapy: A Comparative Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 75, 113-121.
- Longo, D. A., Lent, R. W. & Brown, S. D. (1992). Social Cognitive Variables in the Prediction of Client Motivation and Attrition. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 39 (4), 447-452.
- Marini, M., Semenzin, M., Vignaga, F., Gardiolo, M., Drago, A., Caon, F., Benetazzo, M., Pavan, C., Piotto, A., Federico, L., Corinto, B. & Pavan, L. (2005). Dropout in Institutional Emotional Crisis Counseling and Brief Focused Intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, Vol. 5 (4), 356-367.
- McCabe, K. M. (2002). Factors that Predict Premature Termination among Mexican-American Children in Outpatient Psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 11 (3), 347-359.
- Nichols, K. & Pekarik, G. (1992). Client vs. Therapist Perception of Psychotherapy Dropout and Outcome. *Artículo Presentado en el Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association #64 en Chicago, IL*, 1-26.
- Nock, M. K. & Kazdin, A. E. (2001). Parent Expectancies For Child Therapy: Assessment & Relation To Participation In Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10 (2), 155-180.
- Pekarik, G. (1985) Coping with Dropouts, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 16 (1), 114-123.
- Pekarik, G. & Stephenson, L. A. (1988). Adult & Child Differences in Therapy Dropout Research, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 17 (4), 316-321.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of Clients' Reasons for Dropping Out of Treatment to Outcome and Satisfaction, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 48 (1), 91-98.
- Puente-Silva, F. G. (1985). *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México*. México , pág. 7.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2001). Stages of Change, *Psychotherapy*, Vol. 38 (4), 443-448.

- Richmond, R. (1992), Discriminating Variables among Psychotherapy Dropouts From a Psychological Training Clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 23 (2), 123-130.
- Ritchey, F. J. (2002). Estadística para las Ciencias Sociales: el Potencial de la Imaginación Estadística. Ed. McGraw-Hill, México, pág.579.
- Robles, N. (2003), Comparación de las Características de los Pacientes que Finalizan y Abandonan un Tratamiento Cognitivo Conductual de Adicción a la Cocaína. *Tesis de Licenciatura en Psicología-UNAM, Facultad de Psicología*, México: El autor.
- Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropout in Psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 3 (1), 81-90.
- Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A. y Salamero, M. (2005). Factores Predictores del Abandono de la Intervención Psicológica Grupal en una Muestra de Pacientes con Cáncer de Mama. *Psicooncología*, Vol. 2 (1), 21-32.
- Saucedo, M. E., Cortés, M. E., Salinas, F. y Berianga, C. (1997). Frecuencias y Causas de Deserción de los Pacientes que Asisten a Consulta Subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, Vol. 20, 13-18.
- Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T. & Leach. C. (2005). The Relationship between Social Deprivation and Unilateral Termination (Attrition) from Psychotherapy at Various Stages of the Health Care Pathway. *Psychology and Psychotherapy*, Vol. 78 (1), 95-111.
- Shuman, A. L. & Shapiro, J. P. (2002). The Effects of Preparing Parents for Child Psychotherapy on Accuracy of Expectations and Attendance. *Community Mental Health Journal*, Vol. 38 (1), 3-16.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D. & Levine M. (1990). Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 147 (10), 1341-1347.
- Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K, Vinnars, B. Bågedahl-Strindlund, M. & Barber, J. P. (2003). Patient Factors Predicting Dropout from Supportive-

Expressive Psychotherapy for Patients with Personality Disorders.  
*Psychotherapy Research*, Vol. 13 (4), 493-509.

Torres C., J. y Lara, M. C. (2002). Apego al Tratamiento Psicoterapéutico y Resultados de una Intervención Breve en Pacientes de Consulta Externa Psiquiátrica. *Salud Mental*, 25 (6), 27-34.

Velázquez R., A., Sánchez-Sosa, J.J., Lara, M. y Sentíes, H. (2000). El Abandono del Tratamiento Psiquiátrico: Motivos y Contexto Institucional. *Revista de Psicología de la PPUCP*, Vol.18 (2), 315-340.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 24 (2), 190-195.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1



No. Expediente: \_\_\_\_\_

**CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA LOS VOLCANES**  
**CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL**

**DATOS GENERALES**

1. Nombre completo (sin abreviaturas): \_\_\_\_\_
2. Edad (en años cumplidos): \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer
4. Nivel máximo de estudios: Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnicos ( ) CCH/Preparatoria ( ) Licenciatura ( )  
Posgrado ( )
5. Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
6. Lugar de residencia en la actualidad:  
( ) Casa propia  
( ) Departamento o casa rentada  
( ) Cuarto  
( ) Sin dirección permanente
7. Dirección(calle,colonia,delegación):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Ocupación actual y/o que ha desempeñado con más frecuencia: \_\_\_\_\_
9. Situación en la que se encuentra actualmente:  
Estudiando ( ) Trabajando ( ) Sin empleo ( ) Otra ( ), especifique cual: \_\_\_\_\_

*En caso de trabajar responda el siguiente apartado, de lo contrario sáltelo y continúe con el cuestionario.*

**SITUACIÓN LABORAL**

10. Trabajo que ejerce actualmente: \_\_\_\_\_
11. ¿A qué edad empezó a trabajar?: \_\_\_\_\_
12. Tiempo que lleva laborando en su actual empleo: \_\_\_\_\_
13. Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
14. ¿En que consiste su trabajo?: \_\_\_\_\_
15. ¿En que turno trabaja (matutino/vespertino): \_\_\_\_\_
16. ¿Trabaja tiempo completo o medio tiempo?: \_\_\_\_\_
17. ¿Cuántas personas dependen de usted económicamente?: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1

18. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual aproximadamente (cuánto gana)?: \_\_\_\_\_.

*En caso de estudiar responda el siguiente apartado, de lo contrario especifique qué actividad realiza y continúe con el cuestionario*

### **SITUACIÓN ESCOLAR**

19. En que escuela estudia: \_\_\_\_\_

20. Estudios que cursa (Nombre de lo que estudia): \_\_\_\_\_

21. Turno: \_\_\_\_\_

22. ¿En que año va?: \_\_\_\_\_

23. Número de semestres o módulos cursados: \_\_\_\_\_

24. ¿De quién depende económicamente?: \_\_\_\_\_

### **INTRODUCCION AL PROBLEMA**

25. Con sus propias palabras describa ¿cuál es el motivo de su consulta?:

---

---

---

---

---

---

---

---

26. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver su (s) problema (s)?

( ) No, nunca ha recibido tratamiento para resolver mi problema.

( ) Sí.

27. En caso afirmativo, especifique el tipo de tratamiento y/o ayuda y la fecha en la que la recibió.

---

---

28. ¿Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

( ) No,

( ) Sí

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

---

29. ¿Está tomando algún medicamento actualmente?

( ) No,

( ) Sí

Especifique cuál, por qué y desde cuándo

---

## ANEXO 1

30. Este medicamento: ( ) Le fue recetado por un médico ( ) Se lo ha preescrito usted mismo (a)
31. Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida. En caso afirmativo, especifique cuál: \_\_\_\_\_.
32. ¿Qué tan satisfecho está con “su forma (estilo) de vida” en este momento?  
Muy satisfecho ( ) Satisfecho ( ) Regular ( ) Insatisfecho ( ) Muy insatisfecho ( )
33. En la siguiente escala marque con una “X” qué tanto sus problemas actuales están afectando o limitando las siguientes áreas, tomando como criterios: **0 = Nada** **10 = Totalmente**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amistades											
Laborales											
Familiares											
Académicas											
Sexuales											

34. ¿Cómo califica su problema en general?  
Muy leve ( ) Leve ( ) Regular ( ) Grande ( ) Muy grande ( )

### HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

35. Estado Civil: ( Marque sólo una opción):  
 Casado       Soltero  
 Separado       Divorciado  
 Unión Libre       Viudo
36. **Lea cuidadosamente** las siguientes instrucciones:
- a) Mencione los datos de todos los miembros del **núcleo familiar**, incluyéndose usted, medios hermanos, madrastra, padrastro, tutor, pareja del padre o madre, aún aquellas personas fallecidas.
  - b) Coloque a las personas en orden cronológico de mayor a menor según la edad.
  - c) Indique en la penúltima columna si la persona vive con usted.
  - d) En la casilla de “especificaciones” indique si la persona ha fallecido o continúa con vida
  - e) Incluya también abortos, nacidos muertos o adoptados e indíquelo en la última casilla



**ANEXO 1**

- f) Mencione también a personas de su familia que no viven con usted pero que tienen o tuvieron un vínculo afectivo importante (incluyendo los fallecidos).

Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	Vive con usted	Especificaciones

Nota: Si el espacio no es suficiente, favor de continuar al reverso de la hoja.

En caso de haber existido algún aborto en la familia especifíquelo

---



---

37. Marque el tipo de relación que tiene con:

Muy mala      Mala      Regular      Buena      Muy buena

Padre					
Madre					
Hermanos					
Amigos					
Compañeros					
Autoridades					

38. Si considera importante hacer alguna especificación en relación a la pregunta anterior, hágala.

*ANEXO 1*

---

---

---

39. Describa sus actividades recreativas y la frecuencia en que las practica: (por ej., deportes, cine, teatro, lectura, fiestas, etc.).

---

---

---

40. ¿Hay algo que considere importante con relación a su persona que no haya mencionado en este cuestionario?. En caso afirmativo coméntelo.

---

---

---

---

---

---

---

41. ¿Qué espera usted del tratamiento?

---

---

---

Nombre del o la entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

**GRACIAS.**

## ANEXO 2

### CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA LOS VOLCANES CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE DESERCIÓN

**INSTRUCCIONES:** Le hablo del Centro Comunitario de Atención Psicológica “LOS VOLCANES”. Estamos contactando a todos los pacientes para evaluar los servicios del Centro y su participación es muy importante para saber cómo mejorarlos. Son sólo catorce preguntas y toma menos de 5 min. responderlas. Todo lo que diga será completamente confidencial y si algo le incomoda puede suspender la entrevista en cualquier momento. No hay respuestas buenas o malas y su opinión sincera nos ayudará a mejorar la atención que ofrece el Centro. Si acepta participar, esta entrevista será grabada para que podamos transcribir sus respuestas más adelante.

¿Acepta participar en este momento?

1) Sí.

2) No, porque \_\_\_\_\_

¿Y acepta que sus respuestas sean grabadas?

1) Sí.

2) No, porque \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál fue su problema cuando acudió al Centro “LOS VOLCANES”?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Actualmente, ¿cómo califica ese problema en general?

1) Ya no lo tengo/se resolvió.

2) Muy leve.

3) Leve.

4) Regular.

5) Grande.

6) Muy grande.

3. En general, ¿después de venir al Centro su problema mejoró, empeoró o no ha cambiado?

1) Mejoró MUCHO.

2) Mejoró MODERADAMENTE.

3) Mejoró POCO.

4) No ha cambiado.

5) Empeoró POCO.

6) Empeoró MODERADAMENTE.

7) Empeoró MUCHO.

4. ¿A qué le atribuye que su problema haya \_\_\_\_\_ (respuesta de pregunta anterior) ?

1) Al tratamiento que recibí en el Centro “LOS VOLCANES”.

2) Mi propio esfuerzo o capacidad de cambiar.

3) La ayuda/los consejos de otras personas (familiares, amigos, compañeros, etc.).

4) Cambiaron las circunstancias en mi familia, escuela, trabajo, etc.

5) Otra \_\_\_\_\_

5. ¿Después de acudir al Centro, ha buscado ayuda para su problema en otro lugar?

1) No.

2) Sí.

a) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) ¿Qué tipo de tratamiento recibió? \_\_\_\_\_

c) ¿Durante cuánto tiempo lo recibió? \_\_\_\_\_

d) ¿Completó el tratamiento? \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

6. ¿Qué tan satisfecho está con “su forma (estilo) de vida” en este momento?
- 1) Muy satisfecho(a).
  - 2) Satisfecho(a).
  - 3) Regular.
  - 4) Insatisfecho(a).
  - 5) Muy insatisfecho(a).
7. ¿Por qué motivo(s) dejó de asistir al Centro?
- 1) Insatisfacción con el trato terapeuta.
  - 2) Mejoría/solución del problema.
  - 3) No sentir ninguna mejoría.
  - 4) No querer/necesitar el tratamiento.
  - 5) Incompatibilidad de horarios.
  - 6) Falta de recursos económicos.
  - 7) Problemas de transporte y/o distancia del Centro.
  - 8) Atenderse en otra institución.
  - 9) Mudanza.
  - 10) Otro \_\_\_\_\_
8. En general, ¿qué tan satisfecho está con los servicios que recibió en el Centro?
- 1) Muy satisfecho(a).
  - 2) Satisfecho(a).
  - 3) Regular.
  - 4) Insatisfecho(a).
  - 5) Muy insatisfecho(a).
9. Si fuera necesario, ¿volvería a solicitar atención en este Centro?
- 1) Sí.
  - 2) No.
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_
10. ¿Recomendaría los servicios del Centro a otras personas que tengan un problema parecido al que tuvo Ud.?
- 1) Sí.
  - 2) No.
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_
11. ¿Qué fue lo que más le gustó del Centro?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
12. ¿Qué fue lo que menos le gustó del Centro?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
13. ¿Qué recomendaría para mejorar el servicio del Centro?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
14. ¿Desea añadir algo más?
- \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su valiosa colaboración.